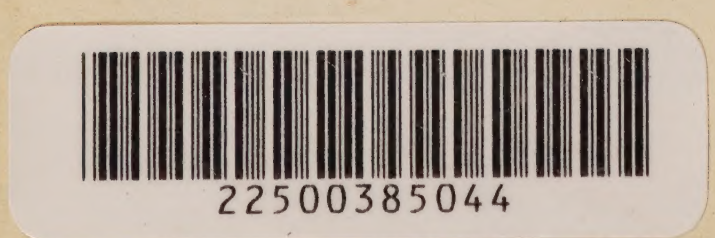

22500385044

Bound by
E. WATSON,
—239—
MARYLEBONE R
LONDON, N.W.

LIBRARY
ASSOCIATE

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

## Internationale Monatsschrift

für die

## gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

BRITISH MEDICAL Library ASSOCIATION

Herausgegeben von

**Albrecht Erlenmeyer** (Bendorf),
Deutschland

dem Begründer des Blattes,

**Charcot** (Paris), Frankreich — **van Deventer** (Amsterdam), Niederlande — **Gowers** (London), England — **Ireland** (Prestonpans), Schottland

**Kjellberg** (Upsala), Schweden — **Kowalewskij** (Charkow), Russland — **Ladame** (Genf), Schweiz — **Lange** (Kopenhagen), Dänemark

**Laufenauer** (Budapest), Ungarn — **Lombroso** (Turin), Italien — **Morel** (Gand), Belgien — **Morselli** (Genua), Italien

**Obersteiner** (Wien), Oesterreich — **Seguin** (New-York), Nordamerika

Redigirt von

**Dr. Hans Kurella in Kreuzburg.**

---

XIV. Jahrgang. Neue Folge II. Band.

COBLENZ & LEIPZIG.
W. Groos, Königl. Hofbuchhandlung (Kindt & Meinardus).

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

# Verzeichniss der Originalien.


| | | Seite |
|---|---|---|
| 1) | Noch einmal die Entstehung von Gehirnwindungen. Von G. Jelgersma . | 1 |
| 2) | Der Elektrophthalm, ein Apparat zur Wahrnehmung der Lichterscheinungen mittelst des Temperatur- und Localisationsgefühls. Von Dr. K. Noiszewski in Dünaburg . . . . . | 10 |
| 3) | Ein Fall von circulärer Paralyse. Von Dr. Hans Rottenbiller . . . . . | 15 |
| 4) | Ueber die Uebertragung von Psychosen. Von Dr. Heinrich Schlöss . . | 49 |
| 5) | Fall von Tabes dorsalis traumatica mit gleichzeitigen Plantargeschwüren (sog. mal perforant). Von Dr. V. Hinze . . . . . | 97 |
| 6) | Subcutane Infusion von Kochsalzlösung beim Collaps nach Abstinenz in acuter Psychose. Von Dr. A. Mercklin (Rothenberg-Riga) . . . . . | 101 |
| 7) | Ueber die unter dem Namen Katatonie geschilderten Psychosen. Von Dr. W. Serbski (Moskau) . . . . . | 145 |
| 8) | Neue Bahnen für das preussische Irrenwesen. Von *** . . . . . | 151 |
| 9) | Ueber einen Fall von Poliomyelencephalitis chronica. Mitgetheilt von Dr. Karl Schaffer . . . . . | 193 |
| 10) | Zur Individualpsychologie. Von Docent Dr. H. Münsterberg in Freiburg . | 196 |
| 11) | Hypothese über die Entstehung der Gedächtnissspuren von Seheindrücken und der reflectirten Bewegungen. Von Dr. Noiszewski in Dünaburg . . | 241 |
| 12) | Ueber recurrirende Psychosen. Von B. S. Greidenberg in Simpheropol (Krim). | 251 |
| 13) | Ueber Asymmetrie des Schädels bei Torticollis. Von Dr. H. Kurella . . | 337 |
| 14) | Die Rolle der Suggestion im wachen Zustande, vom forensischen Standpunkt aus beleuchtet. Von J. van Deventer in Amsterdam . . . . . | 385 |
| 15) | Ueber eine durch congenitale Syphilis bedingte Gehirnerkrankung von Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf a. Rh. . . . . | 457 |
| 16) | Photographische Combination von Gehirn und Schädelbild. Von Dr. R. Sommer in Würzburg . . . . . | 461 |
| 17) | Neue Beiträge zur criminellen Anthropologie. Besprochen von J. Morel (Gent) und H. Kurella . . . . . | 521 |
| 18) | Der Thermotopoästhesiometer. Von Dr. Noiszewski in Dünaburg . . . | 529 |

# Verzeichniss der Mitarbeiter.

(Die Nummern sind die der beigesteuerten Referate.)


Ascher (Dalldorf) 63. 64. 71. 72. 75. 77. 264. 265. 269—271. 274. 275. 277. 278. 292. 298. 299. 331. 338. 341—343. 349. 350. 530. 560. 565. 585. 636.

Bielschowsky (Breslau) 179. 181. 225. 235. 236. 244. 256. 266. 417. 422. 427. 428.

Buch (Wilmanstrand, Finnland) 1. 2. 305. 314.

Dedichen (Horten, Norwegen) 641. 642.

v. Deventer (Amsterdam) 86. 175. 212. 219. *p. 385.*

Dehio (Riga) 220. 368. 369. 401.

Erlenmeyer (Bendorf) 78. 80. 81. 504. *p. 457.*

Feist (Eichberg) 532. 539. 567. 576. 590. 598.

Goldstein (Aachen) 27. 105. 632.

Goodall (Wakefield) 66. 137. 211. 226. 367. 381.

Greidenberg (Simpheropol) *p. 251.*

Heddaeus (Essen) 68. 531.

Hinze (Petersburg) 76. *p. 97.* 154—161. 268.

Holtermann (Neustadt i. M.) 10. 11. 13. 25. 26. 28. 30. 31. 43—51.

Hoppe (Allenberg) 119. 134. 141. 142. 144. 149. 168. 172. 173. 188. 189. 196. 202. 205. 206. 209. 221. 224. 258. 272. 276. 307. 319. 320. 323. 326—328. 370. 374. 385. 386. 388. 389. 390. 393. 395. 414. 476. 477. 486—490. 492. 493. 619—624. 647.

Ireland (Prestonpans) 294. 355.

Jelgersma (Meerenberg) *p. 1.*

Koch, P. (Kopenhagen) 218. 373. 387. 415. 418—420. 440. 443. 444. 541. 548. 549. 555. 561. 562. 564. 571.

König (Dalldorf) 55—59. 300—304. 366. 406—413. 633—635.

Kurella (Kreuzburg) 38. 60. 61. 74. 95. 98. 99. 102. 103. 110. 111. 115—118. 126. 129. 131. 133. 162—166. 177. 178. 182. 210. 222. 223. 248. 283. 288. 293. 295. 306. 308. 310. 312. 313. 316—318. 321. 324. 332—337. 339. 340. 346—348. 352—354. 382. 391. 394 402. 403. *p. 337.* 435—439. 450—458. 463—475. 478—480. 485. 503. *p. 423.* 527—529. 535. 538. 566. 572. 584. 586. 592. 593. 595. 600. *p. 537.* 643—646. 649.

Langreuter (Eichberg) 104. 114. 120. 122. 127. 128.

Lehmann (Dalldorf) 135. 136. 143. 148. 197. 199—201. 213. 537. 591. 631.

Löwenfeld (München) 399. 400. 581. 583.

Lombroso (Turin) 62.

Mercklin (Riga) 79. 85. *p. 101.* 203. 207. 267. 279. 380. 404. 582. 587.

Meyer (Eitorf) *p. 187.*

Morel (Gent) 87—92. 140. *p. 381. 537.*

Münsterberg (Freiburg i. Br.) *p. 196.*

Neisser (Leubus) 448.

Noiszewski (Dünaburg) *p. 10. 241. 545.*

Otto (Dalldorf) 67. 73. 97. 101. 112. 124. 125. 130. 138. 170. 171. 183—187. 423—426. 429. 441. 442. 625—629. 637. 638.

Obersteiner (Wien) 322.

Ofterdinger (Rellingen) 231. 232. 239. 262. 263. 284—287. 315. 325. 344. 345. 484. 491. 500—502. 588.

Ostermayer (Budapest) 17. 36. 147. 273. 613—617.

Ottolenghi (Turin) 62. 82. 83. 145. 146. 289—291. 372. 405. 542. 589. 594. 597. 599. 601—603. 648.

P. 550. 551. 563. 569. 570. 573. 574. 580.

Peltesohn (Berlin) 37. 65. 69. 70. 96. 100. 167. 174. 309. 311. 329. 371. 378. 557. 568. 575.

Pick (Boston) 113. 546. 579.

Pritchard (Boston) 106. 123. 578.

Rhoden (Oeynhausen) 93. 150—153. 259—261. 296. 297. 330. 460—462.

Rottenbiller (Budapest) *p. 15.*

Serbski (Moskau) *p. 145.*

Schaffer (Budapest) *p. 193.* 379. 482. 483. 543. 544. 618.

Schlöss (Ybbs) *p. 49.*

Siemens 526.

Sommer, R. (Würzburg) 416. 421. 508—525. *p. 461.* 556. 604—612.

Sommer, W. (Allenberg) 214. 505. 630.

Strauscheid (Köln) 5—9. 14. 16. 18—23. 29. 39—42. 94. 107—109. 121. 132. 139. 169. 176. 180. 198. 204. 227. 375—378. 383. 384. 392. 396—398. 430—433. 481. 494—499. 506. 507. 533. 534. 536. 540. 545. 547. 552—554. 558. 559. 596.

Voigt (Oeynhausen) 3. 4. 15. 24. 32—35. 84. 215—217. 228—230. 233. 234. 237. 238. 240 bis 243. 245—247. 249—255. 257. 280—282.

Wildermuth (Stuttgart) 12. 449.

Willerup (Oringe) 445—447.

*** *p. 151. 421—423.* 639. 640.

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 Januar.** Neue Folge II. Band.


## I. Originalien.

### I.

### Noch einmal die Entstehung von Gehirnwindungen.


Von G. JELGERSMA in Meerenberg.


Von verschiedenen Seiten sind mir Bedenken, von anderen Seiten Beistimmungen über meine Theorie über die Entstehung von Gehirnwindungen geäussert. In Nummer 21, Jahrgang 1890 des neurologischen Centralblattes von Mendel finde ich die Bedenken concentrirt in einer Bemerkung von Ziehen. Es lautet da:

„Ref. (Ziehen) bemerkt hierzu, dass die bez. Theorie eine Erklärung gar nicht liefert, sondern nur die Thatsachen umschreibt: denn selbst zugegeben, dass, wie fälschlich behauptet wird, Rindenmasse und Markmasse bei allen Thieren in constantem Volumverhältniss stehen, ferner zugegeben, dass das Gehirn als freischwebende Kugel wächst, so bleibt doch immer noch unaufgeklärt, weshalb die Rinde den hypothetischen Vorsprung der weissen Substanz durch Fältelung und nicht etwa durch Deckenwachsthum ausgleicht.“

Ich werde Punkt für Punkt obengenannte Bemerkung besprechen, und finde nachher Gelegenheit einzelne andere Facta hinzuzufügen.

1. *Die Theorie umschreibt nur die Thatsache.* Dies sollte die grösste Anerkennung sein für jeden, der es wagt, überhaupt eine Theorie aufzustellen; die Umschreibung der Thatsachen ist das Endziel jeder Theorie. Soweit bin ich aber selbst noch bei Weitem nicht. Darwin's Theorie über die Entstehung der Arten ist jetzt fast „eine Umschreibung der Thatsachen“. Unverricht's Theorie über die Entstehung des epileptischen Anfalls hat es, wie Ziehen mir zugeben wird, so weit noch nicht gebracht. Und ich

selbst, was meine Theorie anbelangt, bin noch zu sehr der Schwierigkeit der Erklärung der Gehirnfaltung bewusst, als dass ich jetzt schon von „einer Umschreibung der Thatsachen“ reden möchte.

2. „*Dass, wie fälschlich behauptet wird, Rindenmasse und Markmasse bei allen Thieren in constantem Volumverhältniss stehen.*“

Dies habe ich nirgendwo behauptet, im Gegentheil kann ich bestimmt sagen, dass dies nicht der Fall ist, dass also kein bestimmtes Verhältniss bei allen Thieren zwischen Rindenmasse und Markmasse besteht. In meiner Arbeit in Gegenbauer's Jahrbuch habe ich diese Frage offen gelassen, da bis jetzt noch keine Facta da waren, welche ein endgültiges Urtheil in dieser Sache erlaubten.

In den „Psychiatrische Bladen“ und in Mendel's Centralblatt habe ich aber darauf hingewiesen, dass die Markmasse beim congenitalen Fehlen des Balkens bedeutend verringert ist, durch den Ausfall der ganzen Balkenstrahlung. Und wenn keine anderen pathologischen Processe störend darauf einwirken, findet man in diesen Fällen 1. einen mehr weniger deutlichen Hydrocephalus internus und 2. eine vermehrte Bildung von Gehirnwindungen.

Hieraus ist also ersichtlich, wie bei der Lectüre meiner obengenannten kurzen Mittheilung, wo ich die Sache ausdrücklich hervorgehoben habe, noch deutlicher wird, dass ich dem Verhältniss zwischen Rindenmasse und Markmasse grosse Wichtigkeit beilege für die Entstehung der Gehirnfaltung.

Ich kann dies durch ein paar neue Facta erhärten. Die Cetacëen, über deren Hirnorganisation eine neue schöne Arbeit von Kückenthal und Ziehen vorliegt, und auch die Ungulaten haben ein im Verhältniss zu ihrem Hirngewicht gering entwickeltes Corpus callosum, und dem zufolge eine relativ geringe Markmasse. Ich betrachte dies als eine der Ursachen, es giebt deren noch mehrere,[1]) dass oben genannte Thiergruppen eine solche reiche Hirnfurchung zeigen. Ich glaube sogar, dass K. und Z. mit diesem Princip besser die reiche Hirnfurchung als Cetacëen erklären können, wie mit den Theorien über die Hirnfaltung, welche sie am Ende ihrer inhaltreichen Arbeit aufstellen.

Die Annahme aber, dass ein bestimmtes constantes Verhältniss bei allen Thieren besteht zwischen Markmasse und Rindenmasse, braucht es für meine Theorie gar nicht.

Meine Theorie verlangt nur: *dass wenn die Oberfläche (Rindenmark) eines Gehirns in der phylogenetischen Entwicklung mit dem Quadrate* (z. *B.*

---

[1]) Bei den Cetacëen, — ich kenne aus eigener Untersuchung nur phocaena communis, — kommt für die Hirnfaltung noch in Betracht, die sehr hohe Entwicklung des von mir beschriebenen intellectuellen Systems; sie erreichen hierin gewiss die anthropomorphen Affen. Bei den Ungulaten fällt dieser Umstand nicht so sehr in's Gewicht. Dies ist wiederum eine der Ursachen.

*um das Vierfache) zugenommen hat, der Inhalt (die Markmasse) um weniger als um die dritte Potenz (also das Achtfache) zunimmt.*

Diese Annahme hat eine hohe Wahrscheinlichkeit und lässt sich in einigen Fällen direct nachweisen, z. B. bei nah verwandten Affenarten. Hier findet man verschiedene Stufen von Ausbildung der Hirnwindungen und kann man ohne weiteres constatiren, dass die Markmasse *nicht* in der dritten Potente vermehrt ist.

Hätte Ziehen in dieser Weise argumentirt und angeführt, dass es nicht erwiesen sei, dass die vierfache Quantität grauer Substanz nicht ein achtfaches Volum weisser Substanz brauche, so hätte man nur entgegnen können: dies ist in hohem Grade wahrscheinlich, aber für jeden Punkt und in jedem Fall beweisen kann ich dies nicht.

Dies ist eine der Ursachen, warum ich glaube vorläufig nur eine *Theorie* für die Entstehung der Hirnfaltung geben zu können; von einer „Umschreibung der Thatsachen“ ist noch nicht die Rede.

3. *„Dass das Gehirn als freischwebende Kugel wächst.“*

Auch dies habe ich nie behauptet; ich meinte nur, dass die Gehirnform nicht direct von dem umhüllenden knöchernen Schädelkapsel modellirt würde, ebenso wenig wie in der Embryologie die Körperform von den abenteuerlichen Zerrungen, wie z. B. His sie annimmt, bestimmt würde. Ich glaubte, dass für die Embryologie Häckel und nach ihm viele Andere, dies genügend dargelegt hätten. Im Gegentheil, glaubte ich, dass die Gehirnform modellirend auf die Schädelkapsel einwirkt.

Das nämliche ist der Fall mit den Blutgefässen, sie machen keine Höhlungen und Furchen auf der Gehirnoberfläche, sie bedingen nicht die Furchung und Faltung; auch die Lymphgefässe haben diese Wirkung nicht, sondern umgekehrt die Hirnoberfläche faltet sich und sie nimmt Blut- und Lymphgefässe mit. Hierbei trifft es oft zu, dass die Gefässe in die Tiefe der Furchung zu liegen kommen, oft aber auch nicht.

Ich erblicke hierin ein Gesetz, dass wir im ganzen Körper bethätigt finden, nämlich: dass die Blutgefässe die am meisten geschützte Stelle einnehmen, z. B. zwischen den Muskeln und nicht innerhalb der Muskeln, und zahlreiche andere Beispiele mehr.

Bei der Blutgefäss- und Lymphgefäss-Theorie hat man also die Sache umgekehrt. Nicht die Blutgefässe machen die Furchen und kommen dadurch in die Tiefe zu liegen, sondern die entstehenden Furchen nehmen die Blutgefässe in die Tiefe mit.

Ich bestreite auch nicht, dass durch pathologische Processe am Schädel, bestimmend auf die Gehirnform eingewirkt werden kann, dies scheint mir z. B. wahrscheinlich für gewisse Fälle von Microcephalie, wo sich bisweilen eine frühzeitige Synostose der Schädelknochen nachweisen lässt, nur glaube ich nicht, dass die so oft vorhandenen pathologischen Schädel, durch Druck

etc. die Gehirnoberfläche beeinflussen, in der Weise, dass abnorme Windungsbildung oder Irrsinn hierin ihre ausschliessliche Ursache fänden. Ich betrachte in diesen Fällen die bisweilen abnorm gebildeten Gehirne und die oft krankhaft veränderten Schädel, als die gesammte Folge eines uns unbekannten pathologischen Processes.[1])

4. *So bleibt es noch immer unaufgeklärt, weshalb die Rinde den hypothetischen Vorsprung der weissen Substanz durch Fältelung und nicht etwa durch Dickenwachsthum ausgleicht.*

Hierin hat Ziehen Recht, dies bleibt unaufgeklärt und ich weiss es auch nicht, aber ich habe auch nie behauptet es wohl zu wissen. Es lässt sich hierüber mancherlei sagen.

Erstens giebt es Thiere bei welchen wirklich die graue Substanz nicht „den hypothetischen Vorsprung der weissen Substanz durch Fältelung ausgleicht," sondern bei denen es durch „Dickenwachsthum" ausgeglichen wird. Dies sind nicht weniger Arten wie die Fische, Amphibien, Reptilien und Vögel. Ich schlage vor diese Thiere ihrer anatomischen Hirnconstruction nach *Stammganglienthiere* zu nennen.

Hauptsächlich die Vögel sind in dieser Hinsicht interessant, weil bei ihnen die Stammganglien einen sehr hohen Grad von Ausbildung erlangen, wie dies von mir, und von Edinger in seiner letzten klassischen Arbeit gezeigt worden ist. Bei den Reptilien hat man ein, wie man es nennen möchte, indifferentes Stadium von Stammganglien und Gehirnrinde. Von hieraus bilden sich 1. die Vögel, wo die Stammganglien sich colossal entwickeln und die Gehirnrinde zurücktritt und 2. die Säugethiere, wo die Gehirnrinde mit dem intellectuellen System sich massiv ausbildet.

Ungeachtet der hohen Entwicklung der Stammganglien bei den Vögeln kommt es hier nie zur Entwicklung von Gehirnfurchen, weil, wie die einfache Beobachtung lehrt, die Stammganglien in die Dicke wachsen, und graue Substanz und Leitungsbahnen sich diffus untereinander vertheilen.

Warum die Stammganglien in die Dicke wachsen, das weiss ich aber nicht, so giebt es so viel was ich nicht weiss. Es ist nun einmal so. Mit meiner Theorie über die Windungsbildung hat das nichts zu schaffen.

Zweitens die Säugethiere. Hier giebt es zweierlei: Erstens das Stammganglion, auch dies bildet nie Windungen, weil es in die Dicke wächst und Leitungsbahn und graue Substanz sich diffus mischen und zweitens giebt es die sich ausbildende Gehirnrinde.

Nur bei der Gehirnrinde, wo zum ersten Male im Thierreiche eine Sonderung zwischen grauer Substanz und Leitungsbahnen auftritt, kann von Windungsbildung die Rede sein. Die Ursache *warum* Leitungsbahnen und

[1]) Dies ist auch die richtige Weise, die Degenerationszeichen, welche in der criminellen Anthropologie eine so hervorragende Bedeutung haben, aufzufassen. Sämmtliche Degenerationszeichen sind nicht die erste Folge eines abnorm gebildeten Gehirns, oder umgekehrt, sie bedingen nicht ein abnorm organisirtes Gehirn, sondern beide, abnormes Gehirn und Degenerationszeichen sind die Folge eines zu Grunde liegenden, uns unbekannten pathologischen Prozesses; sie sind einander nicht subordinirt, sondern coordinirt.

graue Substanz sich sondern und nicht sich mischen, weiss ich wiederum nicht, ich entnehme dies der Beobachtung und sage nur: *wenn* sie sich sondern und *wenn* die Gehirnrinde sich weiter entwickelt muss es einmal zur Ausbildung von Gehirnfurchen kommen, aus von mir mitgetheilten Gründen.

Hiermit glaube ich die Bedenkungen Ziehen's genügend widerlegt zu haben.

Ein mir von anderer Seite entgegengebrachtes Bedenken ist folgendes: „Zugegeben, dass das Gehirn als freischwebende Kugel wächst" ist dann die Möglichkeit im Voraus auszuschliessen dass, ebenso wie es beim balkenlosen Gehirn der Fall ist, die Gehirnfaltung durch Ausdehnung der Seitenventrikel ausgeglichen wird, dass also wiewohl zu wenig Leitungsbahnen da sind, um den Inhalt des Gehirns auszufüllen, dieser Raumüberfluss durch Ausdehnung der Seitenventrikel ausgeglichen wird.

Dies ist wie ich glaube im normalen Leben unmöglich. In diesem Falle muss entweder gar keine höhere Ausbildung der Hirnorganisation stattfinden oder wenn diese stattfände würden solche ungeheuere Wasserköpfe entstehen, dass diese ohne weiteres für den Kampf ums Dasein untauglich sind.

Jetzt werde ich noch zwei neue Beiträge zu meiner Windungstheorie mittheilen.

Ich untersuchte folgenden Fall:[1]) Bei einem Kinde, das im Alter von 6 Wochen an Spina Bifida starb, wurde gefunden:

1. Ein Kleinhirn das ungefähr um die Hälfte zu klein war, von aussen betrachtet ein kleiner Pons Varoli und kleine Oliven.

2. Am Grosshirn eine sehr stark vermehrte Windungsbildung. Die Hauptwindungen liessen sich nicht alle auffinden und zahllose unregelmässige andere Furchen und Windungen waren da.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Rinde liess sich abgesehen von einer hyperämischen Füllung der Gefässe keine pathologische Aenderung constatiren. Nur zeigte sich der eine auffällige Befund, dass die Rinde um ungefähr die Hälfte zu dünn war.

Dieser Befund gibt, wenn man meine Theorie über die Windungsbildung acceptirt, eine genügende und natürliche Erklärung für die vermehrten und abnormen Windungen. Die graue Substanz war nicht merkbar vermindert, allein sie breitete sich in eine dünnere Oberfläche aus. Eine grössere Oberfläche musste sich also einen normalen Inhalt accomodiren, und dies ist nur dnrch vermehrte Windungsbildung möglich. Die anderen Theorien über Furchung des Gehirns erklären den hier hervorgebobenen Befund gar nicht.

Ein zweites, neues Factum das ich hier kurz andeuten möchte, ist von allgemeinem biologischem Interesse. Es besteht nämlich ein Connex zwischen Markscheidenumhüllung der Axencylinder im Gehirn und Windungsbildung, in dem Sinne dass die Windungsbildung aufhört, wenn die massive Markscheidenbildung im Innern des Grosshirns anfängt.

---

[1]) Dieser Fall wird bald in dieser Monatsschrift ausführlicher mitgetheilt werden.

Nach Huschke kommt ein Mensch mit einem Drittel seines definitiven Hirngewichts zur Welt, schon im ersten Jahre kommt das zweite Drittel hinzu, und das definitive Hirngewicht wird erst am Ende der Pubertät erreicht. Diese etwas sonderbaren Wachsthumsverhältnisse des Gehirns, wenn man es mit dem Wachsthum der anderen Körperorgane vergleicht, finden ihre Erklärung im Auftreten der Markscheide. Die sehr grosse Zunahme des Hirngewichts im ersten Jahre ist, wie schon Tuczek[1]) hervorgehoben hat, zum grössten Theil bedingt durch die Bildung der Markscheide. Vermehrung der Ganglienzellen findet beim Menschen nach der Geburt gar nicht oder nur in höchst bescheidenem Maasse statt,[2]) Vermehrung der Axencylinder vielleicht auch nicht.[3])

Beim massiven Auftreten der Markscheide im ersten Jahre des intrauterinen Lebens beim Menschen findet also eine sehr ansehnliche Zunahme des Volumens der Leitungsbahnen im Innern des Gehirns statt, der Inhalt des Gehirns nimmt stark zu, nicht also die graue Rinde; wenn sie überhaupt zunimmt, ist es sehr wenig. Die Ganglienzellen sind beim Menschen in ihrer Anlage wenigstens zum grössten Theile gegeben, es ist auch in der Rinde nur die Markscheide welche sich noch bilden muss, und dies bedingt auch ohne Zweifel eine, wenn auch geringe, Zunahme in der Flächenausdehnung der Rinde.

Die Sache bei der massiven Entstehung der Markscheide im Inneren des Gehirns steht, was die Windungsbildung betrifft ungefähr so: Die Rinde nimmt wenig an Ausdehnung zu, es findet aber eine sehr starke Zunahme, stärker wie zu irgend einer anderen Zeit der Entwicklung, des Volumens der Leitungsbahnen statt. Dies sind wohl die denkbar ungünstigsten Umstände für die Bildung von Gehirnwindungen; die Oberfläche vergrössert sich wenig, der Inhalt stark. Die geringe Vergrösserung der Oberfläche, welche entsteht durch die massive Zunahme der Leitungsbahnen (die Oberfläche in der zweiten, der Inhalt in der dritten Potenz) ist genügend für die nur geringe Zunahme der grauen Rinde.

Die Wachsthumsverhältnisse des Gehirns vor und nach dem Auftreten der Markscheide sind also ganz verschiedene.

Vor dem Auftreten der Markscheide beobachtet man: Schnelles Wachsthum der oberflächlichen Schicht, Neubildung von Zellen etc., mit weniger intensiver Zunahme der im Centrum befindlichen Leitungsbahnen, die Folge hiervon ist schnelle Bildung von Gehirnwindungen.

---

[1]) Tuczeck, Neurolog. Centralblatt 1887 p. 401.

[2]) Bei andern Säugern ist dies höchstwahrscheinlich nicht der Fall. Dies hängt zusammen mit dem höhern oder niedrigeren Entwicklungsgrad der Thiere zur Zeit der Geburt. Bei der Ratte z. B. ist bei der Geburt noch keine ausgebildete Ganglienzelle in der Rinde. Man findet hier nur ihre Vorstufe, indifferente Rindenzellen. Bei der Katze sind die Verhältnisse wiederum anders.

[3]) Man vergleiche hierüber die unter Forel's Leitung verrichtete Arbeit von M. Schiller, Sur le nombre et le calibre des fibres nerveuses du nerf oculomoteur commun, chez le chat nouveau-né et chez le chat adulte.

Beim ontogenetischen Wachsthum vor dem Auftreten der Markscheide entsteht ein Gehirn das demjenigen aus welchem es hervorwächst **unähnlich** ist. Aus einem Gehirn ohne Windungen entsteht eines mit Windungen.

Nach dem massiven Auftreten der Markscheide im Gehirn ist es anders: der Inhalt nimmt stark im Volum zu und gibt eine Vergrösserung der Oberfläche. Beim Wachsthum nach dem massiven Auftreten der Markscheide entsteht also ein Gehirn das dem ersten **ähnlich** ist. Das Gehirn wird *in toto* grösser, die Windungen werden dicker, es kommen aber keine neue Windungen hinzu. Auf diese wichtigen Wachsthumsverhältnisse deutete ich hin, wenn ich schrieb:

„Wenn man die Gehirne von zwei nahe verwandten aber ungleich grossen Thierarten z. B. Schaf und Kameel, Katze und Löwe unter einander vergleicht, so haben die Gehirne der grossen Thiere immer mehr und complicirtere Windungen; die Gehirne sind also einander unähnlich, weil die eine Form Windungen hat welche der anderen fehlen."

„Anders ist es beim ontogenetischen Wachsthum (hiermit meinte ich das Wachsthum nach dem Auftreten der Markscheide). Das Gehirn eines 1 oder 2 Monate alten Kindes (diese Zeit ist zu früh genommen) besitzt schon alle Windungen des erwachsenen Menschen, obwohl es nur ein Drittel (auch zu wenig genommen) seines Volumens erreicht hat. Beim ontogenetischen Wachsthum nach der Geburt (soll sein nach dem ersten Halbjahr) wird also das Gehirn in toto grösser und es entsteht ein Körper, der dem ersten ähnlich ist."

„Diese Verschiedenheit in der ontogenetischen und phylogenetischen Ausbildung der Gehirnwindungen gibt interessante Anknüpfungspunkte zur weiteren Ausarbeitung meiner Windungstheorie, worauf ich bald in einer ausführlichen Arbeit zurückkomme."

Dieses *ähnliche* Wachsthum, wie es das Gehirn nach dem massigen Auftreten der Markscheide zeigt, findet sich bei allen anderen Körperorganen Leber, Milz, Niere etc. Es findet sich überall da, wo alle Elemente eines Organs gleichmässig zunehmen und eine indifferente Stellung zu einander annehmen, es findet sich aber nicht da, wo zwei Elemente, aus welcher Ursache ist gleichgiltig, an eine bekannte Stellung gebunden sind.

Nun braucht man nicht zu wissen, wie Ziehen dies von mir verlangt, *warum* die zusammenstehenden Elemente eine bestimmte Stellung zu einander einnehmen. Es ist ohne weiteres klar, dass *wenn* sie es thun, andere Eigenschaften, ja sogar Windungsbildung davon die Folge ist.

Der Einfluss der Markscheidenumhüllung auf die Windungsbildung lässt sich am menschlichen Gehirn nachweisen, leichter aber am Gehirn der Katze, welche 1. mehr unentwickelt zur Welt kommt, wo also die Windungsbildung eben im Anfang begriffen ist — beim Menschen sind bei der Geburt alle Hauptwindungen und mehrere Nebenwindungen schon da — und wo 2. die Windungsbildung viel schneller vor sich geht. Eine Katze von 14 Tagen hat schon ihre Windungen.

Ich kann nicht umhin, eine Anwendung des letzten Theiles meiner Theorie, welche ich hier fast als „eine Umschreibung der Thatsachen", betrachte, mitzutheilen:

Bischoff[1]) versucht eine Stufe von Windungsbildung in der Entwicklung des Menschen wieder zu finden, welche derjenigen der anthropomorphen Affen entspricht. Er sagt:

„Das Gehirn eines ausgewachsenen Orang stimmt in seiner Grösse etwa mit dem eines neugeborenen reifen Kindes überein. Allein bei letzterem haben die Hirnwindungen zu dieser Zeit schon einen so hohen Grad der Ausbildung erlangt, dass von einer grösseren Uebereinstimmung und einer genaueren Parallele schon nicht mehr die Rede sein kann. Wir müssen weiter und zwar etwa in die zweite Hälfte des 5. Fötus-Monates zurückgehen, wo aber das Fötusgehirn noch ansehlich kleiner ist als das erwachsene Orang-Gehirn, um das Stadium der grössten Aehnlichkeit in der Ausbildung der Windungen mit denen des Orang-Hirnes zu finden. Allein auch jetzt macht sich eine ganze Anzahl von Verschiedenheiten zwischen beiden Gehirnen bemerkbar."

Wenn man nun meine obengenannte Umschreibung der Thatsachen acceptirt, wird diese ganz auffallende Erscheinung welche Bischoff angibt, sehr gut begreiflich.

Wenn man nämlich ein embryonales menschliches Gehirn mit dem eines erwachsenen Orang (was die Ausbildung der Windungen mit einander betrifft) vergleicht, stellt man zwei ganz verschiedene und unvergleichbare Dinge neben einander. Das fötale menschliche Gehirn ohne Markscheiden und das erwachsene Orang-Gehirn mit voll entwickelten Markscheiden.

Wenn man ein Stadium von gleicher Entwicklung wählt, wo also annäherungsweise ebenso viel graue Substanz beim Menschen und beim Orang da ist, so muss nothwendigerweise das fötale menschliche Gehirn viel mehr gewunden sein als dasjenige des Orangs, weil im ersten Falle die graue Oberfläche sich an einem viel kleinern Inhalt von *marklosen* Achsen-Cylindern accomodiren muss, was beim erwachsenen Orang nicht der Fall ist. Eine gleich hohe Hirnorganisation bedingt also beim fötalen Menschenhirn eine viel höhere Ausbildung der Hirnwindungen als beim erwachsenen Orang.

Umgekehrt stellt sich die Sache dar, wenn man von zwei Stadien ausgeht, bei welchen die Windungsbildung gleich ist, so z. B. nach Bischoff ungefähr die letzte Hälfte des dritten Fötalmonats und das erwachsene Orang-Gehirn. Hier entspricht die gleiche Windungsbildung beim fötalen Menschen einer entschieden niedrigern Hirnorganisation als beim erwachsenen Orang, wiederum weil die Windungen um einen marklosen Kern viel eher sich ausbilden als bei einem markhaltigen.

Wir kommen also zum überraschenden Resultat, dass bei zwei nah verwandten Hirnformen vom Menschen und Orang, was die Entwicklung ihrer Windungen betrifft, irgend eine embryonale Form gar nicht vergleichbar ist mit dem ausgebildeten Zustand der anderen Species. Wohl vergleichbar sind die erwachsenen Zustände untereinander und die fötalen untereinander. Dann sind die Bedingungen der Beobachtung, in Casu das Verhalten der Markscheiden gleich geworden.

---

[1]) Dr. Th. W. L. Bischoff. Die Grosshirnwindungen des Menschen mit Berücksichtigung ihrer Entwicklung bei dem Fötus und ihre Anordnung bei den Affen. Abhandlungen der K. bayer. Akademie der W. II. Cl. X. Bd. II. Abth. 1868. pg. 406.

Es möchte dies ein Wink sein, nicht zu eifrig Homologieen von Windungen und Furchen bei verschiedenen Thierspecies aus der Embryologie herzuleiten. — Und nun noch ein Wort über die biologische Bedeutung von obengenannter Umschreibung der Thatsachen.

Dass die Markscheide im Grosshirn beim menschlichen Fötus nicht entwickelt ist, auf einem Stadium von Hirnorganisation bei welcher die anthropomorphe Affen bereits lange Markscheiden haben, betrachte ich als eine intra-uterine Anpassungserscheinung im Sinne Häckel's. Der Fötus entwickelt im Grosshirn keine Markscheiden, weil er sie eben nicht nöthig hat, eine erwachsene Orang kann nicht ohne dieselben existiren. Ihre äusseren Umstände (das Leben in Utero des Fötus und das freie Leben des Orang) sind ganz verschieden, und der Organismus passt sich an.

Möglich auch dass ein so grosser markhaltiger Kopf bei der Geburt das Becken nicht passirt. Aber im Ernst, auch dies sind Umstände, welche in Betracht gezogen werden sollten.

Von Wichtigkeit ist dieser Fall von intra-uteriner Anpassung, weil selten Gelegenheit gegeben ist, dieselbe so genau nachzuweisen, wie es hier bei der Windungsbildung möglich ist. Sie sind ein Beleg dafür, wie ungenau Köl̈liker's Kritik von Häckel's intra-uteriner Anpassung ist.

---

Nach Abschluss dieser Abhandlung kam mir eine Arbeit von Schnopfhagen über die Entstehung der Windungen des Grosshirns zu Händen.

Die Theorie Schnopfhagen's gehört zu den rein mechanischen, nicht von aussen her durch Mangel an Wachsthum des Schädels oder durch das Gefässsystem werden die Furchen ins Gehirn hineingedrückt, sondern von innen her werden durch die wachsenden Projectionsfasern die Kuppen der Windungen hinausgedrückt. Diese Meinung begründet Schopfhagen hauptsächlich darauf, dass die Projections- und Balkenfasern hauptsächlich aus den Kuppen der Windungen entspringen, und die Associationsfasern mehr aus den Furchenwandungen ihren Ursprung nehmen.

Diese Theorie will mir genau so unwahrscheinlich scheinen, wie die älteren mechanischen Theorien. Es muss uns immer ganz räthselhaft vorkommen, wie in einem fest-flüssigen Inhalt, wie das embryonale Gehirn vor der Geburt ein solches darstellt, durch lokale Krafteinwirkungen einzelne Theile herausgedrückt werden. Man sollte meinen irgend welcher Druck pflanzte sich mehr weniger, wie in einer Flüssigkeit, nach jeder Richtung fort.

Weiterhin beruht Schnopfhagen's Theorie auf der unbewiesenen und sogar unwahrscheinlichen Annahme, dass die Projectionsfasern von den Stammganglien und nicht von der Rinde aus wachsen. Zweifelsohne giebt es in genannten Fasersystemen zweierlei Leitungsrichtung, und Fasern mit centrifugaler Leitung entstehen, nach Ansicht mancher Autoren, vom Centrum aus. Diese Fasern mit ihrer hypothetischen Zugkraft würden also die Kup-

pen der Windungen wieder hereinziehen, oder würden vielleicht Windungen in den Thalamus opticus hineindrücken. Diese letzte Annahme trifft aber, nach Schnopfhagen, nicht zu.

Aber die arme Rinde, von innen und aussen bedrängt, wo soll sie bleiben? Glücklicherweise findet sie sich leidlich hinaus.

Gegen meine Theorie wendet Schnopfhagen ein, dass Marklager und Rinde in einem gesetzmässigen Abhängigkeitsverhältniss von einander stehen. Dies glaube ich eben auch, wie ich oben genügend hervorgehoben habe, sehe aber nicht ein wie hiermit etwas gegen meine Theorie gesagt wird.

Dass beim balkenlosen Gehirn, durch Atrophie von Zellen eine erhebliche Verkleinerung der Oberfläche herbeigeführt wird, wie Sch. anzunehmen scheint, ist höchst unwahrscheinlich, weil in den uncomplicirten Fällen, welche beschrieben sind, eine solche nicht stark ausgesprochen war. Vielleicht dass doch Ganglienzellen atrophiren, und dass die Rinde dünner wird.

---

II.

## Der Electrophthalm, ein Apparat zur Wahrnehmung der Lichterscheinungen mittelst des Temperatur- und Lokalisationsgefühls.*)

Von Dr. K. NOISZEWSKI in Dünaburg.

Unter den Sinnen, die zur Wahrnehmung der Erscheinungen der Aussenwelt dienen, ist der Tastsinn unzweifelhaft der wichtigste, die andern vier sind, so zu sagen, Spielarten des erstern. So ist, z. B. das Sehen nichts anders als ein Betasten entfernter Gegenstände, richtiger — das Betasten des von denselben zurückgestrahlten Lichts.

Wenn das Gefühlsvermögen der Haut erschlafft, so müssen die Schenkel des aesthesiometrischen Zirkels weiter auseinander gestellt werden, so dass sie einen grössern Winkel bilden. Ebenso muss bei geschwächtem Sehvermögen der Winkel, unter welchem Probelettern oder Gegenstände noch wahrgenommen werden, können grösser sein.

Aus der Lehre von der Einheitlichkeit der Naturkräfte folgt unvermeidlich die Theorie von der Verwandtschaft der Sinne untereinander. Wie man die Electricität in Wärme und beide in Bewegung überführt, und umgekehrt, so kann auch der Eindruck, welcher nur für einen der Sinne bestimmt ist, in entsprechende, aber schon für einen andern Sinn wahrnehmbare Eindrücke verwandelt werden, wobei das für gewöhnlich nur einem der Sinne Zugängliche in die equivalente Quantität eines solchen Gefühlseindrucks umgesetzt wird, der mit Hilfe eines andern Sinnes empfunden werden kann.

Schon von Alters her bemühte man sich den des Augenlichts unwiederbringlich Beraubten dasselbe durch Erhöhung des gesammten Empfindungsvermögens zu ersetzen. Der Erfolg, den diese Bemühungen seitdem vorzuweisen haben, ist gross. Die Blinden können jetzt mit Hilfe ihrer Finger erhabene Schrift lesen, musicieren, und erwerben sich in vielen Fällen ihren Unterhalt

*) Wir geben dem Wunsche nach Aufnahme dieses Artikels, der sich im weiteren Sinn der Neurologie noch innerhalb ihrer Grenzen bewegt, gerne Raum. — Redaction.

durch Ausübung eines Berufes. Dr. Woiciechowski endlich hat einen sehr sinnreichen Apparat construirt, der einen Blinden in den Stand setzt, Dictirtes niederzuschreiben. Alles dieses sind die Resultate unsäglicher Mühen und einer fast übermenschlichen Ausdauer einer Reihe von Männern, die ihr ganzes Wirken und Streben dem Dienst der leidenden Menschheit geweiht.

Wie gross aber die Wichtigkeit der erzielten Resultate auch ist, so sind immerhin entferntere Gegenstände, die dem *gemeinen* Tastsinn unerreichbar sind, für die Blinden nicht wahrnehmbar, währenddem der Mensch mit Hilfe der Augen auch solche Gegenstände befühlen kann, die sogar tausend und abertausend Meilen entfernt sind.

Das Ziel meiner Wünsche besteht darin, den Blinden die Möglichkeit zu verschaffen, sowohl die Licht ausstrahlenden, wie auch die beleuchteten und dunklen Körper *zu fühlen.* Doch muss ich gleichzeitig bemerken, dass ich hierbei nur diejenigen Blinden in Betracht ziehe, die entweder der Augen ganz beraubt, also *augenlos* im thatsächlichen Sinne des Wortes sind, oder diejenigen, die den Unterschied zwischen Tag und Nacht, hell und dunkel, nicht mehr wahrnehmen. Hieraus folgt dann ganz von selbst die Nothwendigkeit hinsichtlich solcher Personen die durch das Auge wahrzunehmenden Gebilde in *gefühlte* überzuführen.

Meine Aufgabe besteht also in folgendem: erstens — den Blinden in jedem einzelnen Falle es wissen zu lassen, dass ein leuchtender, beleuchteter oder dunkler Körper vor ihm steht oder aufzutauchen beginnt; zweitens — ihm die Möglichkeit der Lokalisation solcher Körper im Zustand der Ruhe sowohl, wie auch der Bewegung — zu geben, so dass er jederzeit im Stande sei sowohl die Richtung der Fortbewegung des Körpers anzugeben, als auch das Näherkommen desselben von dessen Entfernung zu unterscheiden.

Selbstverständlich ist der den Blinden dadurch geleistete Dienst sehr klein. Wenn wir aber ins Auge fassen, dass diese letztern den Werth der unbestimmtesten Lichtempfindungen sehr hoch anschlagen, schon die Möglichkeit, den Tag von der Nacht zu unterscheiden, sehr werth schätzen, so werden wir zugeben müssen, dass ein verhältnissmässig um so höherer Grad der Orientirungsfähigkeit im Raum, hinsichtlich mehr oder weniger entfernter Gegenstände, den Blinden selbst — sehr willkommen sein wird.

Im Jahre 1876 erfand Siemens ein künstliches Auge, dessen Lider unter der Einwirkung des Lichts sich von selbst schlossen. Dieses wurde auf folgende Weise erreicht: Die Netzhaut dieses künstlichen Auges bestand aus einem dünnen Selenplättchen; unter der Einwirkung des Lichts wird das Selen zum Electricitätsleiter und der durch die Platte gehende electrische Strom versetzt ein Eisenstück zeitweilig in magnetischen Zustand, infolgedessen dasselbe durch seine Anziehungskraft das Schliessen der Augenlider bewirkt.

Zu den wichtigsten Errungenschaften der Neuzeit gehört die Entdeckung der Eigenschaft einiger Körper unter dem Einflusse des Lichts eine Steigerung ihrer Electricitätsleitungsfähigkeit zu erfahren. Diese Körper sind: Das Selen und das Tellur. Börnstein[1]) nimmt übrigens an, dass mehr oder

[1]) Börnstein. Der Einfluss des Lichts auf den electrischen Leitungswiderstand der Metalle. Heidelberg 1877.

weniger alle Metalle diese Eigenschaft besitzen. Doch wird Letzteres noch vielfach bestritten[1]). Unumstössliche Thatsache aber ist schon jetzt die Veränderlichkeit der Electricitätsleitungsfähigkeit des Selens unter der Einwirkung von Wärme- und Lichtstrahlen, und eben der Kenntniss dieser Thatsache entsprang mein Gedanke ein Sehen mit Hilfe des Tastsinns möglich zu machen.

Stellen wir uns einen Apparat von der Art einer camera obscura vor, jedoch mit einer aus Selen bestehenden Hinterwand, die so angebracht ist, dass ihre äussere Fläche die Stirnhaut berührt, so liegt die Annahme nahe, dass in all den Fällen, wenn das Selen einer Beleuchtung ausgesetzt wird, d. h. einen leuchtenden oder beleuchteten Gegenstand an irgend einer Stelle seiner Oberfläche wiederspiegelt, der an dieser Stelle in dasselbe geleitete electrische Strom von der betreffenden Person, an deren Kopf der Apparat angebracht ist, empfunden werden muss.

Doch ist es klar, dass eine solche Art der Lichtempfindung noch viel zu ungenügend ist, um für unsern Zweck irgendwie dienlich zu sein, da die unmittelbare Einwirkung der Electricität ein unangenehmes und nur wenig lokalisationsfähiges Gefühl verursacht. Daher kam ich auf den Gedanken, die Electricität in Magnetismus umzuwandeln, welch letzterer leichte Taktilbewegungen, d. h. im gegebenen Falle ein fortgesetztes Berühren der Stirnhaut bewirkt.

Ich sandte einen darauf gegründeten Entwurf an die Academie zu Krakau ein. Doch erwiesen sich die bei der Verwirklichung desselben sich darbietenden technischen Schwierigkeiten als fast unüberwindlich, so dass ich gezwungen war einen andern Ausweg zu suchen. Da lenkte Herr Schzepansky, Ingenieur, meine Aufmerksamkeit darauf, ob es nicht möglich wäre statt des Electromagnetismus die Thermoelectricität in Anwendung zu bringen, d. h. die Scheindrücke als Wärmeempfindungen wahrnehmbar zu machen. Dadurch bekam die ganze Frage eine andere Richtung. Jetzt bestand die Hauptschwierigkeit schon darin, zu erfahren, inwiefern das Temperaturgefühl lokalisationsfähig sei, mit andern Worten — wie gross auf der Hautoberfläche die gegenseitige Entfernung zweier Wärmepunkte sein müsse, damit sie noch als zwei, nicht als ein einziger empfunden werden könnten. Leider war es mir nicht möglich in der einschlägigen Literatur irgend eine Schrift über diese Frage ausfindig zu machen. Alle Werke über das Wärmegefühl beschränken sich lediglich auf die Ergründung des Temperaturunterschiedes zweier einander nahe belegener Körperstellen.

Um das Lokalisationsgefühl der Wärmeempfindungen untersuchen zu können, construirte ich mir einen Apparat, von mir Topothermoaesthesiometer[2]) benannt, mit dessen Hilfe es möglich wurde zu bestimmen, dass die Entfernung von einander auf den Fingerspitzen 1 Millimeter, bei einigen Personen jedoch bis 5 Millimeter betragen muss; ebenso an der Stirn 1,2 Mil-

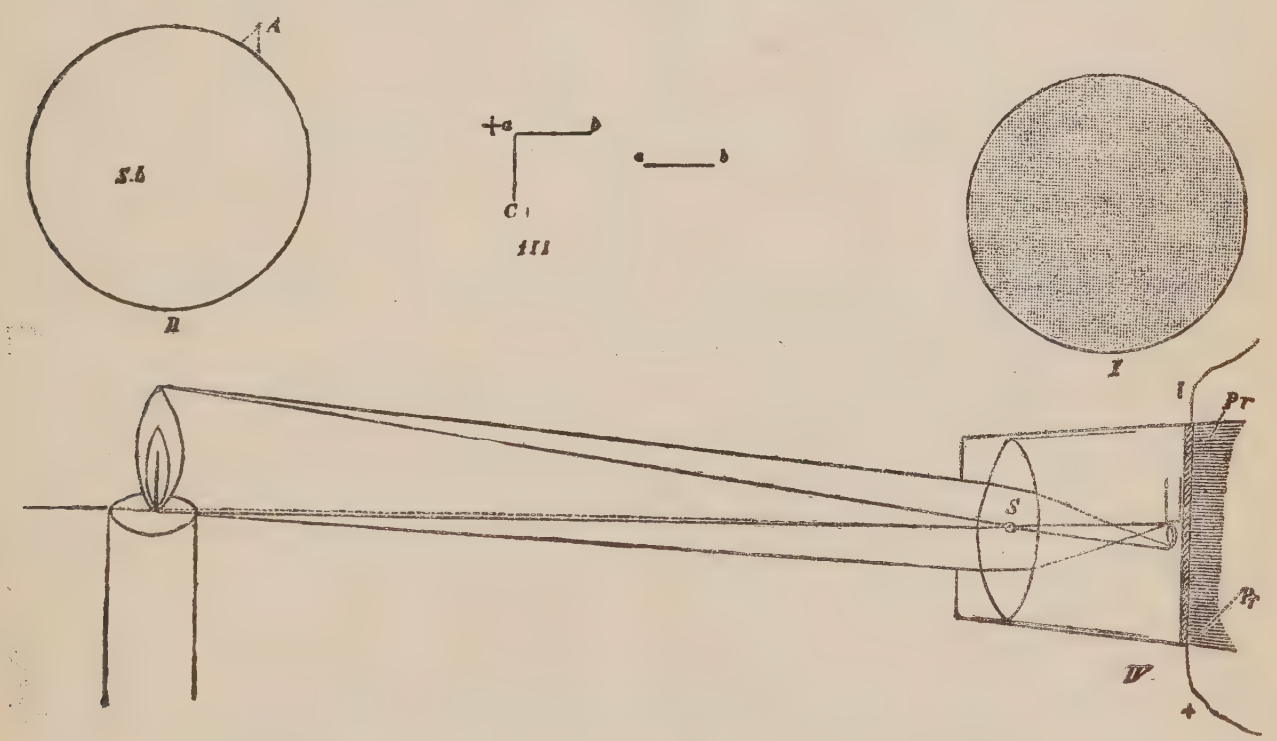
[1]) Siemens. Ueber die Abhängigkeit der electrischen Leitungsfähigkeit des Selens von Wärme und Licht (Monatsschrift der Berliner Academie, Juni 1877).

[2]) Die Beschreibung dieses Apparates siehe im Journal des III. Congresses russischer Aerzte in St. Petersburg, vom 7. Januar 1889, S. 253.

limeter, bei einigen bis 5,7 Millimeter. Hieraus folgt, dass die Wärmeempfindung nicht weniger lokalisationsfähig ist, als das Tastgefühl.

*Beschreibung des Apparates.*

Der Electrophthalm ist eine camera obscura, deren Hinterwand aus drei Theilen besteht.[1]) Den ersten bildet ein dünnes rundes, siebartig durchlöchertes Metallplättchen (Fig. I), mit einer Metalleinfassung (A). Diese letztere leitet den electrischen Strom auf das genannte Metallsieb, wo er sich überall hin gleichmässig vertheilt. Auf dieses Sieb folgt, an der Rückseite desselben fest anliegend, eine dünne Selenplatte (Fig. II Sl.), welche ein und dieselbe Einfassung mit dem Sieb gemein hat. Darauf folgen Drittens die Stäbchen (Fig. IV Pr.). Diese bilden eine Bürste von ziemlicher Dichtigkeit und die einzelnen Borsten liegen an der Rückseite der Selenplatte fest an. Jedes der Stäbchen (Borsten) besteht aus einem äusserst feinen, von einer Isolirschicht bedeckten Golddräthchen, das seinerseits wieder um ein ebenso dünnes isolirtes Golddräthchen gewunden und mit dessen freiem, die Stirn berührendem Ende zusammengelöthet ist. Jeder so beschaffene dünne Cylinder dient als Leiter des electrischen Stromes. Der ganze Apparat muss über der Nasenwurzel (glabella) befestigt werden. Die von den freien Enden der Stäbchen gebildete Fläche muss in einem jeden einzelnen Falle für die betreffende Persönlichkeit nach einem Gypsabguss geformt werden.




Wie aus Vorstehendem ersichtlich, habe ich als Auflagestelle des Apparates die Glabella gewählt: wie bekannt, hat diese Stelle des menschlichen Körpers, als sehr empfindlich hinsichtlich der Temperatur und Localisation, schon längst die Aufmerksamkeit vieler Physiologen auf sich zu lenken gewusst (Landois, Lehrbuch der Physiol. S. 960. Eulenburg, Monatsschrift für praktische Dermatologie, 1888).

[1]) Der Herr Verfasser hatte ursprüglich ein sehr klares Aquarell des Apparats geliefert, dessen Reprodnction leider nicht thunlich war. Die Redaction.

Bekannt ist auch, dass nach Eulenburg's Experimenten mit dessen Aestesiometer die Haut der Glabella den Temperaturunterschied bis $0{,}2^0$ C. oder $^1/_5{}^0$ R. empfindet.

Die von den leuchtenden oder beleuchteten Gegenständen ausgehenden Lichtstrahlen werfen, durch ein biconcaves Glas S (die Linse des Apparates) gehend, das umgekehrte und verkleinerte Bild des besagten Gegenstandes auf die Selenplatte. Die von diesem Bilde bedeckte (beleuchtete) Stelle der Selenplatte wird electricitätsleitend und der electrische Strom, der an dieser Stelle durch das Selen dringt, geht auf die dem beleuchteten Theil der Selenplatte entsprechenden Stäbchen über, erhöht die Temperatur derselben auf eine gewisse, mit Hilfe der Formel $C = G^2Rt$ zu bestimmende Anzahl von Wärmeeinheiten. G bedeutet in dieser Formel die Intensität des electrischen Stromes, R — den Widerstand der Leiter, t — einen bestimmten Zeitraum (Traité élementaire et pratique de l'électricité, p. 92, § 74.) Die Temperaturerhöhung hängt von dem Widerstande ab, der Widerstand seinerseits ist umgekehrt proportional der Querschnittsfläche des Drathes und dem quantitativen Widerstande des letztern proportional (A Daniell, Lehrbuch der Physik, S. 724.).

Der Golddraht kann in der Stärke von $^1/_{10000}$ Millimeter angefertigt werden. Dieses bewog mich dem Gold vor allen andern Metallen den Vorzug zu geben, weil ich dabei die grösstmöglichste Temperaturerhöhung zu erreichen hoffte. Der Mensch ist im Stande in der Nähe der Glabella einen Temperaturunterschied von $0{,}2^0$ C. wahrzunehmen. Daraus ist ersichtlich, welch unbedeutende Vergrösserung der Electricitätsleitungsfähigkeit des Selens als Wärme empfunden und vom Bewusstsein notirt werden kann.

*Folgerungen.*

1. Die Anwesenheit eines leuchtenden oder beleuchteten Gegenstandes wird mit Hilfe des Electrophthalms wahrgenommen werden können als Wärmeempfindung in der Perceptionsfläche.

2. Ein dunkler Gegenstand auf hellem Hintergrunde wird empfunden als peripherische Wärmeempfindung und als ein Fehlen derselben im Centrum.

3. Die Vergrösserung der Wärmeempfindungsfläche — als Kennzeichen der Annäherung eines leuchtenden Körpers.

4. Die Abnahme der Wärmeempfindungsfläche in dem Falle, wenn der Gegenstand sich entfernt.

5. Die Abnahme der Wärmeempfindungsfläche vom Centrum aus gegen die Peripherie — wenn ein dunkler Gegenstand sich nähert.

6. Die Vergrösserung der Wärmeempfindungsfläche in entgegengesetzter Richtung, von der Peripherie aus gegen das Centrum, wenn ein dunkler Gegenstand sich mehr und mehr entfernt.

7. Eine Ortsveränderung der Wärmeempfindung in der Richtung nach rechts bedeutet, dass ein beleuchteter Gegenstand sich nach links hin bewegt, und umgekehrt.

8. Die fortschreitende Bewegung der Wärmeempfindung nach unten hin wird anzeigen, dass der beleuchtete Gegenstand gehoben wird, steigt, und umgekehrt.

9. Die Bewegung der centralen Wärmeverminderung nach irgend einer Seite hin, wird das Anzeichen dessen sein, dass ein dunkler Gegenstand in der entgegengesetzten Richtung fortbewegt wird.

Ohne auf die Besprechung der entfernter liegenden Folgen der Anwendung des Electrophthalms einzugehen (abhängend von dem Grade der Steigerung der Empfindlichkeit der Haut, von der Gewöhnung, Uebung, von der Fähigkeit zu combiniren) erlaube ich mir hier die Hoffnung auszusprechen, dass der Electrophthalm auch in dem Falle, wenn er den Blinden nichts mehr als nur das Obenangeführte bietet, doch wohl eines praktischen Versuches werth ist.

---

## III.

# Ein Fall von circulärer Paralyse.

Von Dr. HANS ROTTENBILLER,

Oberarzt der Engelsfelder Landes-Irrenpflege-Anstalt in Budapest.

Wir pflegen vier Formen der progressiven Paralyse zu unterscheiden, nämlich die demente, depressive, expansive und die agitirte Form. Wenn die depressive und expansive Form abwechselnd — wenn auch unterbrochen durch eine länger oder kürzer andauernde Remission — auftritt, kommt die circuläre Form der progr. Paralyse zu Stande; la folie paralytique circulaire ou alternante oder la paralyse à double forme. Diese Form der progr. Paralyse wird verhältnissmässig selten beobachtet und auch in der Literatur findet man nur wenige Fälle mitgetheilt. In der mir zugänglichen Literatur fand ich nur 3 Fälle verzeichnet. v. Krafft-Ebing[1]) theilt einen Fall einer hypochondrischen Form der Paralyse mit, bei welcher nach einer eingetretenen Remission die classische Form der Paralyse einsetzte und nach einer neuerlichen längeren Remission die hypochondrische Form zurückkehrte. Savage[2]) erwähnt einen Fall de Lamaistre's und M. Camuset[3]) theilt den Fall eines Mannes von 45 Jahren mit, welcher mit der expansiven Form der Paralyse in die Anstalt aufgenommen wurde. — Remission. — Rückfall in eine hypochondrische Form. — Neuere Remission. — Nach 6 Monaten wiederholter Rückfall; aber der Patient zeigt nur mehr die einfache paralytische Demenz ohne Delirium. Aus diesem Grunde halte ich es auch für nicht ganz interesselos meinen nachstehenden Fall mitzutheilen.

Stephan S., 35 Jahre alt, verheirathet, Beamter. Vater war ein Potator; anderweitige Erblichkeits-Momente fehlen. Der Vater war Schiffskapitain; nach einer Version fiel er in berauschtem Zustande von seinem Schiffe in's Wasser und ertrank, nach einer anderen Version sprang er in selbstmörderischer Absicht von seinem Schiffe in's Wasser. Stephan S. war stets als ein exaltirter Mensch bekannt und war leicht erregbar, vor seiner Verheirathung trat er seiner zukünftigen Frau zu Liebe zum jüdischen

[1]) Lehrbuch der Psychiatrie 2. Aufl. II. Band S. 304.

[2]) Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankkeiten. Deutsch von Knecht 1887.

[3]) Folie paralytique à forme alternante Annal. médic. psycholog 1887 Juillet.

Glauben über und bestand darauf, dass an ihm die rituelle Beschneidung vollzogen werde. Einige Wochen vor seiner Aufnahme in die Anstalt wurde er zerstreut und vergesslich, bald auch unruhig und aufgeregt. Der Mann, welcher sich früher seiner Frau gegenüber in zartester Weise benahm, fing an in Gegenwart seiner Frau obscöne Reden zu führen, umarmte und küsste seine Mägde, seine Frau aber fing er an roh zu behandeln. Später wuchs noch seine Aufregung; er beschäftigte sich mit grossartigen Speculationen und machte heimliche Ausgaben.

Seine Angehörigen waren endlich gezwungen ihn auf die Beobachtungs-Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses zu St. Rochus zu führen, wo Patient sich sehr unruhig und aufgeregt benahm, sehr viel sprach, oft ohne Zusammenhang. Stimmung veränderlich, aber zumeist war er doch in gehobener Stimmung. Grandiose Grösseuwahnideen: er verfügt über Millionen, er sei das grösste Genie und wird König von Ungarn, die hervorragendsten Männer des Landes seien seine Freunde. Er ertheilte fortwährend Befehle.

In diesem ausgesprochenen expansiven Stadium wurde er Ende Mai des Jahres 1886 in unsere Anstalt mit folgendem Status praesens aufgenommen: Patient ist 170 Ctm. hoch, hat 45 Kilogrm. Gewicht, ist schwach genährt. Die Pupillen sind enge, die linke etwas enger; reagiren auf Licht kaum merklich, auf Accomodation ebenso; die ausgestreckte Znnge zittert und deviirt nach links. Geschmacks- und Geruchsempfindung normal, nur den Geruch der asa foedita findet er angenehm; Sprache etwas gedehnt und accentuirt; der Gang etwas unsicher. Rechtsseitige Facialis-Parese. Das Kniephänomen ist stark vermindert. Die Gesichtsfarbe ist blass. Gemüthsstimmung heiter, gehoben; Bewusstsein verwirrt; für Ort- und Zeitverhältnisse unorientirt. Hört die Stimme seines verstorbenen Vaters, spricht mit demselben. Er ist sehr redselig, zeigt bizarre Grössenideen: er verfüge über Milliarden, Afrika gehöre ihm u. s. w.

Patient wurde fort unruhiger, war ganz maniakalisch; hat lebhaften Ideengang, springt von einem Gegenstand zum andern über; schwätzt in einem fort unzusammenhängendes Zeug zusammen. Motorische Unruhe, bleibt nicht eine Sekunde lang auf einem Platz; zerreisst seine Kleider. Im weiteren Verlauf wurde Patient auch unrein, beschmiert die Wände mit seinem Koth oder verzehrt denselben, seine verschiedenen bizarren Grössen-Ideen bestehen fort. Nachts schläft er nicht. Dabei magert Patient ausserordentlich ab, ist hochgradig erschöpft; seine Füsse fangen an ödematös zu werden.

Diese manische Unruhe dauerte $3^1/_2$ Monate an, bis Patient gegen Mitte September anfing ruhiger zu werden; auch die Verwirrtheit wurde geringer aber die gehobene Stimmung dauerte fort. Auch körperlich erholte sich Patient, das Oedem schwand und er wurde kräftiger. Allmählig wurde Patient noch ruhiger, der Schlaf besserte sich auch; doch die Redseligkeit sowie überhaupt das manische Verhalten verblieb, auch die Grössenideen — ob zwar in weniger bizarrer Form — bestanden noch.

Gegen Ende des Monats November fing er an sich in der Kanzlei mit Schreiben und Copiren zu beschäftigen; er erwies sich als ein geschickter und nützlicher Arbeiter und machte verhältnissmässig nur wenig Fehler. Seine Stimmung war jetzt veränderlich; bald war er in gehobener, bald in

weinerlicher Stimmung. Die Schwatzhaftigkeit und die Trinklust blieb auch jetzt noch constant, die Verwirrtheit fing an zu weichen, doch die Einsicht fehlte ihm. Im Geheimen trank er seinen Urin was er bald leugnete, bald wieder den Trank mit dem Namen „Rechame“ bezeichnete. — Die Besserung aber schritt vorwärts und so wurde Patient in einer Remission, doch ohne Krankheits-Einsicht nach 7 monatlichem Anstalts-Aufenthalt in häusliche Pflege gegeben.

Zu Hause machte die Besserung noch weitere Fortschritte. Die Remission wurde vollständiger, so dass er nach Ablauf eines Monates sein Amt wieder übernehmen konnte, wo er seinen Obliegenheiten pünktlich nachkam. Nach einigen Monaten begann Pat. eine ausschweifende Lebensweise, der Geschlechtstrieb war gesteigert, aber sein Amt konnte er noch versehen. Im Januar des Jahres 1888, also nach einer einjährigen Remission, wurde Pat. gedrückter Gemüthsstimmung; er hatte keine Lust zur Arbeit, bekam Angst dass er seine Pflichten nicht mehr erfüllen könne, wurde unruhig. Seine Angstzuztände steigerten sich derartig, dass seine Frau genöthigt war ihn noch gegen Mitte des Monats Januar in unsere Anstalt zurückzubringen. Jetzt zeigte Pat. ein ganz verschiedenes Krankheitsbild. — Die Gemüthsstimmung ist bedeutend gedrückt, auf Fragen gibt er nur nach längerer Pause langsam und kaum verständlich Antwort. Der Gesichtsausdruck ist traurig und schmerzvoll. Eines Tages überfiel ihn hochgradige Angst, er fing zu zittern an, die Hände erhob er flehend und auf seinem Antlitz war Angst ausgeprägt; dann trat er mit Selbstanklagen hervor, er sei der schlechteste Mensch auf der weiten Welt, er beginge dem Oberarzt gegenüber das Niedrigste was es nur geben könne, er arbeitete gegen ihn, da er sich vor ihm für htete und dann störte er auch das Mittagsessen seiner Mitkranken. All' dies brachte er gebrochen mit von Schluchzen erstickter Stimme hervor. Später wollte er keine Nahrung zu sich nehmen, fing an zu abstiniren, Nachts war er schlaflos.

Diese bedeutend gedrückte Stimmung und die Angstzustände hielten beiläufig ein Monat lang an; nach diesem Ablauf wurde Patient ruhiger und die Stimmung etwas heiterer, auch die Esslust kehrte wieder. Trotzdem schrieb er noch am 25. März in einem an seine Gattin gerichteten Briefe: „Von was werdeu wir nun leben, da wir unser Vermögen verbraucht haben, was werden meine armen Kinder machen, die werden auch in Noth und Elend gerathen.“ Weiterhin klagt er sich selbst an, dass an all' dem er die Schuld trage und die Sache nicht wieder gut machen könne. Gott werde ihm dafür strafen. Aber darum verfiel er nicht wieder in seine frühere hochgradige depressive Gemüthsstimmung; und da er erfuhr dass seine Frau ihn neuerdings nach Hause nehmen werde, wurde er sogar heiterer; und so wurde er Anfangs April in einer zweiten Remission nach 3 monatlichem Anstaltsaufenthalt neuerdings in häusliche Pflege gegeben.

Nach einer 5 Monate andauernder Remission erreichte ihn gegen Mitte September eines Abends bei einer reichlichen Mahlzeit ein paralytischer Anfall. Den folgenden Tag in unsere Anstalt zurückgebracht, war linksseitige Hemiplegie und Sprachlosigkeit zugegen. Es traten wieder ängstliche Delirien auf, Patient sah seine Kinder und sprach mit ihnen.

In kurzer Zeit besserten sich die Lähmungserscheinungen. Pat. fing an wieder zu gehen, aber sein Gang war noch sehr unsicher und schwankend so fiel er oft zu Boden und bei solch einer Gelegenheit verletzte er sein linkes Knie; es entwickelte sich oberhalb des Kniegelenkes ein Abscess und dann neben Gangrän der Haut Pyämie. Die Kräfte des Pat. schwanden immer mehr und indem noch ein Collaps auftrat starb Pat. den darauffolgenden Tag (Anfangs October).

Wie wir sehen war in meinem Fall der Patient im ersten Stadium ganz manisch aber bei sorgfältigerer Beobachtung liessen die bizarren Grössenideen und die, wenn auch noch schwächer ausgedrückten Lähmungserscheinungen, keinen Zweifel aufkommen über die Richtigkeit der Diagnose einer progr. Paralyse. Aber umsomehr kann kein Zweifel entstehen im depressiven Stadium wo die ängstlichen Delirien die melancholische Stimmung und die Selbstanklagen so überraschend getreu, ganz dem Typus der Melancholie entsprechend ausgedrückt waren, dass füglich Zweifel darüber auftauchen konnten ob die Diagnose der progressiven Paralyse im ersten Stadium nicht denn doch eine irrige war. Aber bei dieser Form der progr. Paralyse ist ja eben eines der auffallendsten Erscheinungen dass sie Anfangs auf den Beobachter den Eindruck einer zweifellosen Paralyse macht, bis dann mit dem gänzlichen Versinken in die ängstliche Verstimmung oder in völlige Apathie die Richtigkeit der Diagnose wieder zweifelhaft erscheint.

Savage erwähnt auch in seinem Lehrbuch, dass in solchen Fällen der Gegensatz zwische nden einzelnen Verlaufsphasen so überraschend sind, dass er in jedem Falle von Neuem an der Richtigkeit seiner Diagnose zweifelte.

Aber die Unregelmässigkeit der einzelnen Phasen, die Anzeichen rasch fortschreitender psychischer Schwäche und der ganze weitere Krankheitsverlauf — indem jeder Anfall einige psychische Defekte zurücklässt — zerstreuen bald jeden Zweifel über den wahren Charakter der Krankheit.

So zeigte sich auch in meinem Falle bald nach der zweiten Phase respective nach der derselben folgenden Remission das gewöhnliche Krankheitsbild der erblichen Paralyse. Das Erblichkeitsmoment welchem, wie bei jeder circulären Psychose, so auch hier eine hervorragende Rolle zukommt, fehlte in meinem Falle auch nicht. —

# II. Referate und Kritiken.

1) Prof. **M. Bechterew**: Ueber die Wirkung der Durchschneidung der Hinterstränge des Rückenmarks und das Verhältniss dieser zum Gleichgewicht. (Separatabdr. Russisch. Medicinsk. Obosrenije 1889.)

B. kommt nach Versuchen an Tauben, Kaninchen und Hunden zum Ergebniss, dass im Rückenmark sich besondere mit dem Kleinhirn in Verbindung stehende Leitungswege finden, deren Durchschneidung von keinerlei Gefühlsstörungen begleitet werde, während sich dabei die Aufhebung des Körpergleichgewichts in voller Deutlichkeit zeige. Folglich können bei Tabes dorsalis die Gleichgewichtsstörungen von Erkrankung der genannten Wege abhängen und nicht von Störungen der Gefühlssphäre.

Verf. bemerkt weiter: Durchschneidung der Hinterstränge des Rückenmarks ruft nie so ausgesprochene Störungen des Gleichgewichts hervor, wie Durchschneidung beider hinterer Kleinhirnschenkel auf der Strecke vom Kern der Hinterstränge bis zur Wurzel des n. acusticus. Im ersten Falle können die Thiere noch gehen, wenn sie auch häufig fallen oder hin und her wanken; während sie im zweiten Falle, ohne doch gelähmt zu sein, weder gehen noch stehen können. Dieser Umstand dient zweifelsohne als Beweis dafür, dass in dem Kleinhirnschenkel ausser den Fasern, welche aus den Kernen der Hinterstränge heraustreten, noch andere Fasern aus dem Rückenmark verlaufen, welche aller Wahrscheinlichkeit nach als centripetale Leitungsbahnen für das Kleinhirn, als Organ des Gleichgewichtes dienen.

Bekanntlich tritt der periphere Theil der Seitenstränge des Rückenmarks in das corp. restiforme und erhebt sich dann zum Kleinhirn. Dieses Bündel der Seitenstränge, Flechsig's directer Kleinhirnseitenstrang, welcher in pathologischen Fällen nach den neuesten anatomischen Daten immer in aufsteigender Richtung degenerirt steht, vermittelst der Zellen der Clearke'schen Säulen in Verbindung mit den hinteren Wurzeln und folglich mit der Peripherie des Körpers.

In Anbetracht dieser Thatsachen kann angenommen werden, dass die Fäden des directen Kleinhirnseitenstrangs gleich den Fäden der Goll'schen und Burdach'schen Stränge einen anderen centripetalen Leitungsweg für das Kleinhirn darstellen, welcher zur Erfüllung der Gleichgewichtsfunctionen des Körpers dient.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

2) **A. E. Tscherback**: Ueber die Wirkung einiger Nervenmittel auf den Blutkreislauf des Gehirns. (Wratsch 1890. Nro. 44. russisch.)

Um zu bestimmen, wie sich 1. der Blutzufluss und Abfluss des Gehirns unter dem Einflusse der gebräuchlichsten Nervenmittel gestaltet und 2. ob die Ursache dieser Veränderung des Blutkreislaufs im Gehirn auf die Gehirngefässe selbst zu beziehen oder ob sie auf die Schwankungen der Blutmenge zurückzuführen sei, welche aus dem Herzen in das arterielle System des Hirns getrieben wird, hat Verf. mit Bezug auf Morphium, Chloral, Bromkalium und Bromnatrium Versuche an Hunden gemacht mit dem Photohämotachometer Prof. Zybulskis, welche ihm folgende Resultate gaben:

Das Bromnatrium hat sozusagen die mildeste Wirkung, verändert aber doch den Blutkreislauf indem es (bei Zufuhr durch den Magen) den Zu- und Abfluss vermindert. Darauf folgt das Morphium, welches Blutarmuth des Gehirns hervorruft z. Theil durch Verengerung der Gefässe und z. Theil durch Schwächung der Herzthätigkeit. Die anfängliche Hyperämie ist vorübergehender Art und hängt von beschleunigter Herzthätigkeit ab: die secundäre Hyperämie, welche selten zur Beobachtung kommt, äussert sich in nachfolgender Erweiterung der Hirngefässe.

Die dritte Stelle nimmt das Bromkalium ein, welches den Hirnkreislauf stark stört (durch Veränderung der Herzthätigkeit) wenn es auch nicht den Durchmesser der Gefässe verändert. Die anfängliche Hyperämie erreicht hier einen höheren Grad als beim Morphium und hält länger an. Die

stärkste und schädigendste Wirkung endlich hat das Chloral, welches die Hirngefässe lähmt und zugleich die Herzthätigkeit stark schwächt, wesshalb im Gehirn leicht Blutstauung eintritt.

Die Thierversuche sind in Betreff des Chlorals auch für den Menschen durch Versuche Prof. Mierzejewski's zum Theil bestätigt.

Buch (Willmanstrand).

---

3) **C. B. Alexander Harriet** (Chicago) gibt in einem Briefe an den Herausgeber des Medical. Standard (cf. Oktober 1890) zum bessern Verständnisse des Vorkommens sehr hoher und sehr niedrer Körpertemperaturen einige kurze Sätze über die Physiologie der Körpertemperatur. Nach Dr. Ott (Medicin. Standard Vol. V) liegt das „thermopolypnöische Centrum" in der grauen Substanz um den vordern Theil des 3. Ventrikels. „Dasselbe wirkt reflectorisch so, dass, wenn den Körper Wärme trifft, die durch diese erzeugten sensorischen Impulse zu dem polypnöischen Centrum geleitet werden, welches das Respirationscentrum anregt, Wärme abzugeben. Es steht also zwischen Wärmeproduction auf der einen, und Wärmeausgabe auf der andern Seite. Wenn die Zahl der Respirationen durch Wärme-Einwirkung nach Entfernung des polypnöischen Centrums sinkt, so trägt die Schuld eine Erregung von Vagusfasern, die das Respirations-Centrum hemmen. — Von den 6 thermotactischen d. h. den die Köpertemperatur normal erhaltenden Centren sind 2 cortical, 4 basal; von letztern liegt das eine im nucl. cand., das 2. in der grauen Substanz unterhalb des nucl. cand., das 3. in der grauen Masse um den vordersten Theil des 3. Ventrikels, das 4. in dem vordern innern Ende des thal. optic. pp. Functioniren diese nicht normal, so entsteht Fieber; während desselben ist daher weder vermehrte Production noch vermehrte Ausgabe, noch hohe Temperatur nothwendig und ebensowenig ist es nöthig, dass die Antypretica hemmend oder erregend auf Wärme-Production oder Ausgabe wirken, wenn sie nur durch Einwirkung auf die thermotactische Centren die normale Thermotaxis wieder herstellen.

Im Uebrigen erkläreu sich aus diesem Einflusse des Nervensystems gewisse abnorm hohe und abnorm niedrige Temperaturen, wie sie nicht selten bei Leuten gefunden werden, deren Nervensystem in irgend einer Weise erkrankt war (Geisteskrankheiten, Hysterie, Neurasthenie u. s. w.).

Voigt Oeynhausen.

---

4) **Edward Bennet Bronson** (New-York): The sensation of itching. (Das Juckgefühl.) (The Medic. Record 18. Oct. 1890.)

Verf. kommt auf Grund klinischer und physiologischer Thatsachen zu folgenden Schlüssen:

1. Es besteht ein Contactsinn in der Haut, der von dem Sinne der Pselaphesie unabhängig ist. (Verf. versteht unter Pselaphesie denjenigen Hautsinn, der allein als percipirend zu betrachten und deshalb allein mit dem Gesichts-, Gehörs-, Geschmacks- und Geruchssinn zu vergleichen ist. Derselbe schliesst in sich an den Tast- (Berührungs-) Sinn, seine primitivste Form, und den weit wichtigeren Drucksinn, während Temperatur- und Muskelsinn nur mehr weniger wesentliche Hilfstruppen sind. — 2. Dieser

besondere Contactsinn ist der Sinn der beim Prurritus alterirt ist. — 3. Es handelt sich dabei zunächst um einfache Haut-Nerven oder Nerven-Endigungen, die oberflächlich, wahrscheinlich in der Epidermis liegen. — 4. Das Jucken ist eine Dysästhesie in Folge gehäufter oder gehemmter Nerven-Erregung, die nur unvollkommen in entsprechende Formen von Nerven-Leitung übergeführt wird.“ — 5. Das Jucken wird durch Kratzen insofern erleichtert, als letzteres die Nerven-Erregung, „in freiere Kanäle der Empfindung leitet“, manchmal (bei grösserer Stärke) statt des Prurritus schmerzhafte oder wollüstige Empfindungen setzt. — 6. Die bei Prurritus gelegentlich auftretenden wollüstigen Empfindungen sind Erscheinung eines generalisirten Wollustsinnes und stellen eine Phase des Gemeingefühls dar, das seine Quelle in dem Contactsinn hat.

Voigt (Oeynhausen.)

---

5) **Robert Funkhouser** (St. Louis): A case of multiple neuritis. (The alienist and neurologist. Juli 1890.)

Verf. erzählt einen Fall von multipler Neuritis bei einem Manne, der starker Trinker und Raucher war. Nachdem er alle internen Mittel wie die Elektricität einen Monat lang vergebens versucht hatte, gelang ihm angeblich die Heilung sehr rasch durch hypnotische Massnahmen. Die Krankengeschichte ist sehr oberflächlich.

Strauscheid.

---

6) **David Wallace** (Edinburgh): Motor paralysis resulting from the hyperdermic injection of ether. (Edinburgh medical journal. Sept. 1890.)

Verf. beobachtete zwei Fälle von Lähmung eines Vorderarmnerven, nachdem in der Nähe desselben eine Aetherinjection gemacht worden war. Dieselben zeigten ganz den Charakter einer peripheren Facialparalyse und heilten unter galvanischer Behandlung innerhalb dreier Monate.

Strauscheid.

---

7) **A. Joffroy et Ch. Achard** (Paris): Un cas de maladie de Morvan avec autopsie. (Archives de méd. expér. Juli 1890.)

Eine 75 jährige Frau hatte vor 45 Jahren Paneritien an 8 Fingern der beiden Hände bekommen, welche umfangreiche Nekrosen herbeiführten und mit sehr erheblichen Verunstaltungen der Finger heilten. Diese Panaritien waren von sehr heftigen Schmerzen begleitet. Nach etwa 2 Monaten waren dieselben geheilt und Patientin blieb von da an relativ gesund. Erst mit 66 Jahren fand sie Aufnahme in die Salpêtrière. Dort wurde ausser den ausserordentlichen Verunstaltungen der Finger eine beträchtliche Herabsetzung der Sensibilität in allen ihren Arten an beiden Armen und Schultern constatirt. Es bestand dagegen keinerlei wesentliche Atrophie der Armmuskulatur, auch war keine Skoliose vorhanden. Pat. erlag Anfang dieses Jahres einer Bronchopneumonie. Bei der Obduction fand man im Cervicalmarke wie im obersten Theile des Dorsalmarkes an Stelle der grauen Substanz eine ausgedehnte Syringomyelie und eine graue Degeneration der Hinterstränge. In der Gegend des fünften Brustnerven

paares ist an die Stelle der Höhle ein Tumor (Gliom) getreten. Der untere Theil des Dorsalmarkes ist ebenso wie das Lumbalmark fast normal. Die hinteren Nervenwurzeln zeigen keine besondere Veränderung, dahingegen sind die vorderen Wurzeln vielfach degenerirt. Die Handmuskeln sind zum grossen Theile atrophirt. In den Armnerven sind ausgebreitete degenerative wie sklerotische Veränderungen vorhanden.

Es ist dieser Fall der erste, bei welchem ein vollständiger Sectionsbefund erhoben werden konnte. Denn bei der von Gombault und Reboul ausgeführten Section wurde zwar auch eine periphere Neuritis, sowie eine Sklerose der Hinterhörner und Hinterstränge gefunden, doch war es infolge einer Zerreissung des Rückenmarkes nicht mit Bestimmtheit möglich über das Vorhandensein oder Fehlen einer Syringomyelie sich zu orientieren.

Nach dem obigen Befunde kann die von Morvan behauptete (siehe dieses Centralblatt. Jahrg. 12. St. 686) Differenzierung der nach ihm benannten Krankheit von der Syringomyelie nicht mehr aufrecht erhalten werden; andererseits ist man zunächst berechtigt zu der Annahme, dass der Symptomencomplex der Morvan'schen Krankheit immer auf eine Höhlenbildung zurückzuführen sei, und nicht vielmehr auch auf irgend einer anderen Laesion derselben Stellen beruhen könne. Die periphere Neuritis wird von dem Verf. für eine untergeordnete, von den Störungen des Centralorgans abhängige Affection gehalten.

Strauscheid.

---

8) **V. P. Gibney** (New-York): A contribution to the therapeutics of spastic paralysis. (The journal of nervous and mental disease. Aug. 1890.)

Verf. zeigt an der Hand von 4 Krankengeschichten von Kindern von 5—8 Jahren den grossen Nutzen einer orthopaedischen Behandlung der spastisch gelähmten unteren Extremitäten. Die Behandlungsweise ist die allbekannte. Strauscheid.

---

9) **Wharton Sinkler** (Philadelphia): A case of insular sclerosis, in which an attack of cerebral hemorrhage arrested the tremor on the hemiplegic side. (The journal of nervous and mental disease. Aug. 1890.)

Der ganze Jnhalt des sehr kleinen Artikels ist in der Ueberschrift angegeben. Strauscheid.

---

10) **Christian** (Charenton): Ataxie locomotrice progressive datant de plusieures années. Délire chronique. Fracture complête de la jambe, guérison en un mois. (L'union médicale 1890 Nro. 84.)

51 jähriger Kranker ohne besondere Antecedentien, seit mehreren Jahren an ausgesprochener Tabes erkrankt, seit 1884 in Charenton, der von geistiger Erkrankung in wechselnder Form bald tiefer melancholischer Hypochondrie bald heftiger maniakalischer Erregung litt. Im Juni 1885 wurde er zufällig von einem anderen Kranken mit seinem Stuhle umgestossen und zog sich eine Fractur beider Knochen des rechten Unterschenkels im mittleren Drittel zu. Der gewöhnlichen Behandlung unterworfen, heilte die Fractur mit solider Callusbildung innerhalb eines Monats. Auf dieses Ereigniss folgte eine Periode heftiger Exaltation mit Grössendelirien; jedoch

bestand kein fibrilläres Zucken der Muskeln, keine Sprachstörung, so dass Paralyse ausgeschlossen werden musste. Nach einigen Wochen schlug die Stimmung in's Gegentheil um, er ist todt, kann nicht mehr sprechen, nicht mehr essen, hat keinen Mund, keinen Magen, keine Füsse mehr etc.; er musste mit der Sonde ernährt werden. Dieser Wechsel wiederholte sich mehrmals. Die Tabes machte schnelle Fortschritte, Atrophie der Muskeln der unteren Extremitäten, schwere Kachexie, Brandschorfe am Os sarcum stellten sich ein und im August 1887 erfolgte der Tod im tiefsten Marasmus. Autopsie verweigert.

Der Fall ist deswegen interessant, weil bei einem mit vorgeschrittenen Tabes behafteten Individuen, bei welcher Erkrankung doch eine starke Brüchigkeit der Knochen als Regel angenommen wird, die auf ein Trauma an und für sich geringen Grades, das die erwähnte Ansicht von der Knochenbrüchigkeit eigentlich bestätigen sollte, erfolgte Fractur der Knochen innerhalb eines Monats, also innerhalb einer doch verhältnissmässig kurzen Zeit, völlig unter solider Callusbildung verheilte. Holtermann.

---

11) **Duplay:** Le mal perforant. Leçon recueillie. (L'Union médicale 1890 No. 80.)

Als Mal perforant muss ausschliesslich eine Ulceration mit eigenartigen trophischen Störungen bezeichnet werden, welche letztere die Hauptrolle in der Erkrankung spielen und die erstere stets begleiten: diese trophischen Störungen äussern sich hauptsächlich auf der Haut, sind nicht auf die Planta pedis beschränkt, sondern können die Haut des ganzen Fusses afficiren und sich mehr oder weniger hoch auf das Bein hinauferstrecken. So beobachtet man bei an Varicen leidenden Kranken eine Art chronischen Exzems, das Farbe und Secretion der Haut verändert; an der Planta pedis ist die Hypersecretion stark ausgesprochen. Haare und Nägel sind stark alterirt, die ersteren fallen aus, die letzteren werden in Grösse, Dicke, Richtung und Form verändert; häufig tritt eine starke Vermehrung der Schweisssecretion auf mit unangenehmem Geruch, während bei anderen Kranken dieselbe wieder völlig unterdrückt wird. Daneben finden sich Störungen der Sensibilität, die in den Gliedern an denen die Ulceration sich befindet, in verschiedener Ausdehnung erloschen ist; bei einzelnen Kranken bis zur Mitte des Beins, bei den meisten jedoch nur am Fuss, doch auch hier gibt es Abweichungen. Die Ulceration selbst ist unempfindlich. Häufig ist die Sensibilität auf dem Fussrücken und an der Planta pedis normal an von der Ulceration entfernteren Stellen; bei genauerer Prüfung jedoch findet man ausserhalb der Ulceration in der Mehrzahl der Fälle eine mehr oder weniger ausgedehnte Zone von völliger Anaesthesie, die dem Verlaufe eines Nerven folgte. Die trophischen Störungen beschränken sich nicht auf die Haut, sondern erstrecken sich auch auf die tieferen Theile, des subcutanen Bindegewebes, Muskeln, Knochenhaut, Gelenke. Das Bindegewebe wird sclerosirt; man beobachtet Osteitiden, Osteoarthritiden, zuweilen auch Affectionen der Knochen und Gelenke an von dem Sitz der Ulceration weiter entfernten Stellen, die zu Ankylose in den übrigen Fussgelenken führen können. Die Hauptlaesion bei dieser Erkrankung betrifft die Nerven als eine Degeneration der Endverzweigungen derselben. Diese Degeneration ist in einzelnen Fällen auf die Nachbarschaft der Ulceration beschränkt, in anderen erreicht sie

eine beträchtliche Ausdehnung und erstreckt sich bisweilen bis auf die Wurzeln des Stammes. Unter diesen Einwirkungen sieht man Veränderungen in sämmtlichen Geweben des Fusses und namentlich der Planta sich entwickeln, Sclerose der Haut, Schwund des subcutanen Bindegewebes, Osteitiden oft weit entfernt von dem Sitz der Ulceration, die zu Knochenschmelzung führen. Auch die Gefässe zeigen Sklerose der Wandungen oft bis zur Obliteration, die zu partieller Gangrän fährt.

Versuche an Thieren haben ergeben, dass bei Hunden nach Durchschneidung des Ischiadicus sich bald an den Füssen Ulcerationen von dem Charakter des Mal perforant entwickelten; auch bei Menschen, bei denen durch Zufall der Ischiadicus durchschnitten war, hat man ähnliche Ulceration beobachtet; die primordiale Ursache der Nervenerkrankung ist zuweilen in centralen Erkrankungen des Rückenmarks zu suchen, so bei Tabes, bei dem Mal perforant sehr häufig auftritt; in diesen Fällen entwickelt sich periphere Neuritis in Folge Erkrankung der Centren. Man hat auch als Ursache Diabetes angegeben und für eine Reihe von Fällen trifft dies zu. Dahingegen giebt es auch Fälle, in denen man weder Diabetes noch eine Diathese noch eine centiale Laesion annehmen darf. Mal perforant kommt in diesen Fällen meistens bei der arbeitenden Klasse vor, namentlich bei gewissen Professionen. Solche Individuen müssen viel laufen, tragen hartes, schlecht gearbeitetes Schuhzeug, verwenden dabei wenig Sorgfalt auf ihre Füsse. Dann kommt die Erkrankung nicht selten bei Leuten vor, die an Frost an den Füssen gelitten haben ohne Gangrän; so fand Duplay bei einem Kranken, der in Folge der Erfrierung an einer Lungenaffection starb, in den Nerven der unteren Extremitäten degenerative Laesionen völlig analog denen bei Mal perforant. Vielleicht geben auch multiple Contusionen den günstigen Boden ab, auf dem sich ähnliche Laesionen entwickeln wie unter dem Einfluss der Kälte. Holtermann.

---

12) **Lacroix et Bonnaud**: Névrome plexiforme amyélinique.

(Archives de médecine expérimentale etc. de M. Charcot II Nr. 3. Mai 1890.)

Bei einem 12jährigen Knaben wird ein am linken Schulterblatt sitzender 12 cm. langer, 8 cm. breiter Tumor extirpirt. Erstmals 6 Jahre vorher bemerkt, hatte sich derselbe sehr langsam vergrössert. Die Geschwulst war schmerzlos, auch bei der Betastung nicht empfindlich und bei der letzteren hatte man das Gefühl, als ob die Finger über Schnüre gleiten würden.

Die histol. Untersuchung ergab, dass der Tumor bestand aus dicken Zügen von Bindegeweben mit Fetteinlagerung und sinuös erweiterten Venen. Das Centrum besteht aus einer scheinbar homogenen Masse, deren Bestandtheile, welche aus enormen hypertrophirten Nervenfasern und fibrillären Bündeln bestehen, Remak'schen Fasern gleichen und an der Scheide bedeutend vergrösserte Kerne tragen. Um jeden dieser hypertrophischen Kerne sind 2—3 myelinartige Tropfen gelagert.

Ob die Gefahr einer sarkomatösen Entartung dieser Tumoren, falls sie sich selbst überlassen bleiben, eine naheliegende ist, möchte doch recht fraglich sein.

In der der Arbeit beigegebenen Uebersicht vermisst man auffallender Weise die bekannte Arbeit von Paul Bruns. Wildermuth (Stuttgart).

---

13) **Ladreit de Lacharrière**: Vaste foyer hémorhagique du cervelet. Albuminurie. (L'union médicale 1890 Nro. 79.)

16 jähriges seit dem 3. Lebensjahre taubstummes Individuum, seit dem 10. Jahre im Taubstummeninstitut zu Paris, wo festgestellt wurde, dass die Taubheit cerebralen Ursprungs sei oder vom Labyrinth ausgehe. Im Oktober 1889 Albuminurie; vom November bis Januar mehrmals epileptiforme Convulsionen mit Coma, die sich innerhalb24 Stunden mehrmals wiederholten und auf Gebrauch von Bromnatrium jedesmal cessirten. Sehvermögen seit Januar a. c. allmählich schlechter, so dass Ende des Monats nur noch Lichtschein erkannt wurde. Ophthalmoskopische Untersuchung nicht möglich da eine Verständigung mit dem Kranken zu schwierig war. Im März stiess Patient laute Schreie aus, ausser im Schlafe, und hatte die Hand gegen den Kopf gestemmt, doch war es unmöglich, Näheres über den Character des Schmerzes zu erfahren. —

Tod im Coma, das eine Woche dauerte. Die Section ergab starke seröse Durchtränkung des Gehirns, im Kleinhirn einen grossen haemorrhagischen Herd mit organisirten Blutgerinseln. L. ist der Ansicht, dass diese Haemorrhagien die Ursache der Convulsionen gewesen sei und dass die jedesmalige neue Blutung auch erneute Convulsionen zur Folge gehabt habe.

Holtermann.

---

14) **Dobson Poole** (Edinburgh): A case of influenza and aphasia.
(Edinburgh medical journal Aug. 1890.)

Verf. giebt nur eine ganz kurze Notiz von einer 27 jährigen Frau, welche 3 Wochen nach einer Entbindung an Influenza erkrankte und gleichzeitig die Sprache verlor. Am ersten Tage konnte sie nur „yes“ sagen, am zweiten lernte sie dazu „better“, am dritten „no“. Sie verstand was gesagt wurde und konnte anscheinend auch lesen. Nach kurzer Zeit trat allmählich eine raschere Besserung ein. Strauscheid.

---

15) **Keans** (Pittsburg, Pa.): Nervous sequelae of typhoid fever.
(The Medical Standard, Oct. 90.)

Ein 12 jähriger Knabe hörte in der 3. Woche des Typhus auf zu sprechen, während die Verstandskräfte normal, die Pupillen erweitert erschienen. Nach 10 tägiger Dauer dieser Erscheinung wurde er auf eben so lange Zeit plötzlich geschwätzig; dabei zeigte sich ein beschleunigter Puls. Heilung nach Calomel. Der in diesem Falle von K. gestellte Diagnose auf Meningitis wird von Mc. Kennan und Lang jede Berechtigung abgesprochen. — Einen ähnlichen Fall, in welchem das kranke Kind Tage lang kein Wort sprach, berichtet Dr. Thomas: er sucht den Grund dieses Symptoms in Gehirnanämie. Dr. Stewart sah bei einem früher syphilitischen Mann eine typhöse progressive Lähmung des rechten Armes, die von Krämpfen zuerst im gelähmten Arm, dann im ganzen Körper, schliesslich auch von Bewusstlosigkeit gefolgt war. Da Jodkali nichts nützte, wurde trepanirt: es fand sich umschriebene Meningitis; Heilung. Dr. Mc. Kennan sah als Folgen von Typhus mehrere Fälle von Geisteserkrankung.

Voigt (Oeynhausen).

---

16) **Thomas Leishmann** (Brechin): Case of extensive injury of the left frontal lobe from a wound. (Edinburgh medical journal. Okt. 1890.)

Ein junger Mann von 20 Jahren verlor durch einen Unfall beim Schiessen sein linkes Auge und trug zugleich einen 2 Zoll über die linke Augenbraue emporreichende ca. 1,5 Zoll breiten Knochendefect davon. Pat. war in der ersten Woche nach dem Unfall leidlich wohl. Das Gehirn welches stark beschädigt war, wölbte sich etwas vor. Sprechen konnte der Kranke nicht. In der zweiten Woche, wurde der Zustand schlechter; der Patient war dauernd soporös, bis sich eine dicke Kruste von der Gehirnoberfläche abgelöst hatte. Dann trat in einigen Monaten langsame Heilung ein. Pat. lernte langsam wieder sprechen, das Gedächtniss kehrte allmählich wieder zurück. Doch auch nach vollendeter Wundheilung blieb Pat. sehr nervös, hatte oft Kopfschmerzen, zeigte Gedächtnisslücken, er ist ängstlich geworden. Da auch das rechte Auge stark gelitten hat, so wagt er Abends nicht mehr auszugehen. Im übrigen hat die Beschreibung des Verf. wesentlich nur chirurgisches Interesse. Strauscheid.

---

17) **C. Schaffer**: Ueber einen atypischen Fall von Lyssa.
(Orvosi hetilap 1890 38.)

Das Atypische dieses Falles, dessen Krankengeschichte geschildert wird, liegt nach dem Verf. im Verhalten der Reflexerregbarkeit und der Temperaturverhältnisse. Die erstere zeigte keine so hohe Steigerung, wie sie Verf. in seiner Beobachtungsreihe sah. Wenngleich die Patellarreflexe anfangs lebhaft waren, schwanden sie am zweiten Tag nach der Spitalsaufnahme des Kranken mit successiver Verminderung, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, vollends. Die Hautreflexe warrn ebenfalls herabgesetzt, resp. nicht auslösbar. Das Anblasen des Körpers hatte weder die inspiratorische Dispnoë noch die andern Reflexerscheinungen hervorgerufen. Der auf dem Wege des Acusticus fortgepflanzte Reiz war gänzlich wirkungslos. Die Reaction der Pupillen hatte nicht das Verhalten gezeigt, wie sonst im Aufregungsstadium der Lyssa. Bezüglich der Temperatur macht Verf. folgende Bemerkung. Nach seinen bisherigen Beobachtungen weist nämlich der Gang der Temperatur bei Lyssa keinen besonderen Typus auf, es besteht im Allgemeinen ein gewisser subfebriler Verlauf mit einer ausgesprochenen praemortalen Temperaturerlöschung. In diesem Falle trat aber am dritten Tage der Erkrankung ein auffallender Temperaturabfall bis auf 33° C. ein, um erst an diesem Punct bis auf 39.4° C. in 15 Minuten post mortem zu steigen.

In weiterer Folge bemerkt Verf., dass im vorliegenden Fall gerade so wie in einigen seiner früheren Beobachtungen, an der Körperseite, wo der Biss stattgefunden hatte, die Pupille enger, das Kniephaenomen lebhafter war und die Lähmung der gebissenen oberen Gliedmasse früher eintrat als auf der anderen Seite.

In patholog. anatomischer Beziehung wäre als abweichend vom regelmässigem Typus die gleichmässig starke, entzündliche Infiltration der Medulla oblongata und des ganzen Rückenmarkes hervorzuheben, was mit den Befunden des Autors bei Lyssa, nach welchen jene Parthien des Myelon,

die mit der Bissstelle durch Nervenbahnen verbunden sind, die bedeutendsten Veränderungen zeigen, nicht im Einklange steht.

*Ref.:* Die Eigenthümlichkeit im Verhalten der Reflexerregbarkeit und des Temperaturganges könnten vielleicht diesen Fall als atypisch erscheinen lassen, wenn die Abnormität erwähnter Symptome eine einfache Erklärung nicht zuliesse.

Es ist zwar nicht ausgeschlossen, dass derartige Abweichungen vom gewöhnlichen Typus eventuell dem Krankheitsbilde der Lyssa als solchem angehören könnten und ihre Erklärung vielleicht in einer anomalen Wirkungsweise oder ungewöhnlicher Localisation des Wuthgiftes fänden. Der atypische histologische Befund dürfte im vorliegenden Fall eine solche Vermuthung aufkommen lassen, ohne aber diese Verhältnisse näher zu beleuchten. Viel wahrscheinlicher ist aber folgende Erklärung. Der Kranke, um welchen es sich handelt und welchen Ref. gleichzeitig mit dem Verf. genau beobachtet hat, bekam nämlich wiederholtemal Curare subcutan (in Dosen von 5 mlg.—1 ctgr.), welchen Umstand jedoch Verf. aus unbekannten Gründen, weder in der Krankengeschichte noch bei der kritischen Besprechung des Falles berücksichtigt (in der Krankengeschichte wird eine einzige Curareinjection von 5 mlg. erwähnt).

Da nun die physiologische Wirkungsweise des Curare hinlänglich bekannt ist, so wird es nicht schwer fallen, die vom Verf. als atypisch bezeichneten Erscheinungen (Herabsetzung der Temperatur und besonders der Reflexerregbarkeit) auf die Curarewirkung zurückzuführen, umsomehr als sich die letztere bei dem Kranken auf's Deutlichste manifestirte. (Der Kranke konnte sich nach der ersten Injection nicht auf die Beine richten und verblieb bis zum Tode unter dem Einfluss der weiteren Injectionen sehr geschwächt, theils in liegender theils in mühsam erreichbarer sitzender Stellung). Ostermayer (Budapest).

---

18) **Gilles de la Tourette, Huet, Guinon:** Contribution à l'étude des bâillements hystériqnes. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Juni 1889.)

Die Autoren geben 5 Krankengeschichten von Hysterischen, welche an heftigem Gähnen litten. Es ist diese Affection bei der Hysterie zuerst von Charcot beschrieben worden. Das Gähnen kann in zweierlei Form auftreten. Einmal fällt bei den Kranken nur das häufige, anhaltende Gähnen auf; nur der Schlaf unterbricht dasselbe und es kann dieser Zustand Wochen und selbst Monate anhalten, ohne dass die Gesundheit wesentlich daraunter leidet. Bei dieser Art des hysterischen Gähnens ist die Inspiration nicht wesentlich tiefer wie beim normalen Athmen, während beim physiologischen Gähnen eine maximale Inspiration gemacht wird. Manchmal wird das hysterische Gähnen von Hustenanfällen begleitet oder unterbrochen.

Ausser dieser Form des Gähnens giebt es noch eine zweite, wo dasselbe anfallsweise beobachtet wird. Einem solchen Anfalle geht in der Regel das Globusgefühl als Aura voraus. Wenn der Anfall dann ausbricht, so folgt das Gähnen sehr viel rascher auf einander wie bei den oben beschriebenen Fällen. Ein Anfall dauert $^1/_4$ — $^1/_2$ Stunde und mehr; mehrere Anfälle können sich wie auch sonst, an einander anschliessen. In der Regel

kann man bei genauem Zusehen das eine oder andere Phaenomen beobachten, welches bei gewöhnlichen Krampfanfällen auftritt; auch kann der Gähnanfall mit Convulsionen schliessen.

Das von Féré bei Epileptikern beschriebene Gähnen scheint nicht anfallsweise, sondern gerade zwischen den Anfällen aufzutreten und unterscheidet sich auch von dem hysterischen durch den mangelnden Rhythmus. Tritt das Gähnen anfallsweise auf, so lässt sich auf Hysterie schliessen, wenn die Untersuchung, des innerhalb der 24 Stunden, in denen der Anfall stattfand, gelassenen Urins die von G. de la Tourette und Cathelineau gefundenen Veränderungen zeigt, wie sie für einen stattgehabten hysterischen Anfall charakteristisch sind. Es sind dies eine Herabsetzung des festen Rückstandes, des Harnstoffprocentsatzes und die Umkehrung der Formel der Phosphate, die darin besteht, dass die erdigen Phosphate sich zu den alkalischen Phosphaten wie 1 : 2, 1 : 1 verhalten statt wie in der Norm 1 : 3.

Strauscheid.

---

19) **Willam C. Krauss** (Buffalo): The hypnotic state of hysteria.

(The journal of nervous and mental disease. Aug. 1890.)

Verf. erzählt nach den Tagesblättern einen Fall von hysterischem Schlafen bei einem 26 jährigen Mädchen. Die Schlafperioden, welchen keine sonstige hysterische Zeichen vorausgegangen waren, dauerten von 2 bis 32 Tage. Ovarialgie fehlte und damit jedes Mittel die Kranke aus dem Schlafe zu erwecken. Sie nahm nur wenige Löffel Milch während eines Tages zu sich, Urin und Stuhlgang fehlten während der Zeit des Schlafes. Als K. das Mädchen später sah, fand er eine sehr blasse, elende, deutlich hysterische Person. Während des Schlafes fand ein Zittern der Hände und der Augenlider statt, die Lippen wurden murmelnd bewegt, doch verschwanden zuweilen alle diese Bewegungen vollständig. Als charakteristisch für diese hysterische Schlafanfälle werden angeführt: 1. Eine auf Hysterie deutende Krankengeschichte 2. verschiedene lang dauernde Bewusstseinverluste, 3. völlige Erschlaffung aller Körpertheile, 4. Unmöglichkeit die Patientin zu erwecken, falls nicht Ovarie besteht, 5. Fehlen stertorösen Athmens, 6. deutliche Verminderung oder Fehlen der Excrete, 7. oscillirende Bewegung einzelner Theile, 8. Fähigkeit Nahrung zu entbehren, 9. verhüllte Zuckungen und periodisches Auftreten.

Strauscheid.

---

20) **Surmont** (Lille): Acromégalie à début précoce.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. August 1890.)

Ein Mädchen, in dessen Familie zahlreiche Nervenkrankheiten sowie Missbildungen vorgekommen sind, blieb bis zum 14ten Jahre von kleiner Statur. Im 14ten Jahre trat zum ersten und einzigen Male die Menstruation ein, wobei sie sich einer Erkältung aussetzte. Seit dieser Zeit fing das Kind an ganz aussergewöhnlich stark zu wachsen; dabei entwickelte es einen ausserordentlichen Appetit. Das Wachsthum war aber kein gleichmässiges, vielmehr entwickelten sich die Extremitäten, Füsse, Hände und Gesicht in bedeutenderem Masse wie der übrige Körper. Mit 18 Jahren, so alt ist die Kranke jetzt, hat sie das Aussehen einer 26—27 jährigen Person. Im Beginne des abnormen Wachsthums hatte sie unbestimmte Schmer-

zen in den Gliedern, später bekam sie eine heftige Cephalalgie sowie eine beiderseitige Stauungspapille welche später zu völliger Blindheit führte. Auffallend ist in dieser Beobachtung einmal der frühzeitige Beginn der Affection, das Wachthum des gesammten Körpers. Offenbar aber ist das letztere die Folge des ersteren. Strauscheid.

---

21) **Georges Guinon**: Un cas d'acromégalie à début récent.
(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Aug. 1890.)

Eine 30 jährige Frau, heriditair belastet, als Kind schlecht verpflegt und lange kränklich (Rhachitis), bemerkte erst vor 2 Jahren ein allmähliches Anwachsen des Gesichtes, der Hände und Füsse die nach und nach sehr breit und gross wurden. Zu gleicher Zeit litt sie fast ununterbrochen an Kopfschmerzen. Die Periode trat fast alle 14 Tage auf und war immer sehr reichlich. Das Sehvermögen ist nur durch Astigmatismus myopicus etwas beeinträchtigt. Es wird von Interesse sein später etwas von dem weiteren Verlauf des Falles zu hören. Strauscheid.

---

22) **T. R. Ronaldson**: Tetanoid convulsions in an infant; operation; recovery. (Edinburgh medical journal. Okt. 1890.)

Ein anscheinend sehr kräftiges Kind bekam 9 Tage nach der Geburt Zuckungen in den Mukeln der linken Gesichtshälfte, die sich allmählich auf die gesammte linke Körperhälfte ausdehnten. Es war zunächst ein tonischer Muskelkrampf, an den sich dann ausgesprochene klonische Zuckungen anschlossen. In der Zwischenzeit zwischen den Anfällen schien das Kind ganz gesund zu sein. Als der Verf. das Kind nach 2 Tagen sah, war der Stumpf des aussergewöhnlich dicken Nabelstranges noch nicht abgestossen und da Verf. dies als die wahrscheinliche Ursache der Convulsionen annahm, so trennte er ihn mit dem Messer. Der Zustand des Kindes aber wurde immer schlimmer, auch als R. Brom, Chloral gab, warme Bäder verordnete, örtlich Cocain anwandte. Die Krämpfe dehnten sich auf die gesammte Körpermuskulatur aus; häufig war ausgesprochener Opisthotonus vorhanden. Die Zahl der Anfälle schwankte von 100—204 in 24 Stunden. Als auch die Jodoform- wie die Zinkchloridapplication auf die übrigens gut heilende Wunde nichts nützte, schnitt R. den ganzen Nabel tief aus. Sofort trat eine beträchtliche Besserung ein; nicht nur war die Zahl der Anfälle eine geringe, sondern das Kind schlief auch wieder und trank besser. Da die Anfälle aber noch nicht ganz anfhörten und man bemerkt hatte, dass dieselben nachliessen wenn man die Wunde mit Carbolsäure verbunden hatte, so dass der Urin dunkel wurde, so verordnete Verf. innerlich Natrium sulphocarbolicum, unter dessen Anwendung die Anfälle vollständig auf die Dauer verschwanden. Ob die Convulsionen einfach auf einen peripheren Reiz zurückzuführen sind, oder aber auf durch den Nabel eingewanderte specifische Organismen lässt sich nicht entscheiden.
Strauscheid.

---

23) **Gilles de la Tourette**: Modifiations apportées à la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Juni 1890.)

Verf. bespricht von Neuem kurz die bekannten Resultate Charcot's in der Anwendung der Suspensionstherapie. Sie hat sich nur bei Tabes, Paralysis agitans und chronischer Ischias bewährt. Von den Tabesfällen wurden 20—25% erheblich gebessert, 30—32% in einzelnen Symptomen gebessert; bei den übrigen ist die Therapie erfolglos. Charcot hat jetzt eine von Motchukowski vorgeschlagene Verbesserung des Sayre'schen Apparates adoptirt. Dieselbe besteht darin, dass der Kinngurt beweglich gemacht wird und durch einen verschiebbaren Riemen mit dem unbeweglichen Nackengurte verbunden ist. Strauscheid.

24) **A. M. Powell** (Collinsville, Ill.): Extension in the treatment of traumatic injuries of the spine. (Extensionsbehandlung traumatischer Rückenmarks-Erkrankungen.) (The St. Lous Medic. and Surg. Journ. Septbr. 1890.)

Fall von totaler Paralyse der Beine und der Sphinct. vesic et alv. nach Verletzung (ob Fractur oder Luxation, ist nicht ersichlich!) des 11. Dorsalwirbels, in welchem die 5 Monate später begonnene Suspensions-Behandlung wesentliche Besserung brachte. Voigt (Oeynhausen).

25) **Blanche Edwards**: Quelques faits de suggestion.
(Le Progrès médical 1890 Nro. 25.)

In den ersten zwei Fällen handelt es sich um zwei exquisit hysterische Individuen, die der Hypnose zugänglich waren und denen im somnambulen Stadium derselben suggerirt wurde, dass sie Brandschorfe an den Händen hätten. Es bildete sich in der That während der Hypnose eine Röthung, Blase und Brandschorf an der betreffenden Stelle der Haut.

Im dritten Falle gelang es bei einer durchaus nicht nervösen Dame, die sich durch einen Sturz von der Treppe eine Ekchymose an der Orbita zugezogen hatte, diese durch die Suggestion und Fixation der Gedankenrichtung des Kranken daraufhin, dass die Rückbildung der Ekchymose in kürzester Zeit sich vollziehen werde, wirklich innerhalb $^1/_2$ Stunde soweit zur Rückbildung zu bringen, wie unter gewöhnlichen Verhältnissen innerhalb 8—10 Tagen der Fall gewesen sein würde.

Der vierte Fall betraf eine hysterische Frau, bei der Entbindung durch die hypnotische Suggestion, dass sie weder Schmerzen noch Anfälle haben werde, in regelmässiger Weise ohne Schmerzen und Anfälle sich vollzog.

Bei einer anderen hysterischen Frau wurden durch hypnotische Suggestion Anfälle von heftigen Rückenschmerzen und Gastralgie mit Nahrungsverweigerung und Erbrechen dauernd beseitigt.

Holtermann.

26) **Bourneville**: Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique. (Idiotie myxoedémateuse.) (Le Progrès médical 1889 Nro. 26, 27, 30, 33, 34.)

8 neue Fälle der genannten Erkrankung, von denen 5 aus eigener Beobachtung resultiren und ausführlich mitgetheilt sind, während die übrigen 3 kurz erwähnt werden. Die Idiotie myxoedémateuse hat ihren Grund in dem congenitalen Fehlen der Schilddrüse, zuweilen kann sie sich auch nach pathologischen Läsionen derselben in den ersten Lebensjahren entwickeln. Die Ursachen in den Antecedentien der Eltern, denen man einen bestimmenden Einfluss auf diese Missbildung zuerkennen könnte, sind dunkel; man hat eine Reihe von Erkrankungen, Consanguinität der Eltern, Alcoholismus, Tuberculose etc. dafür verantwortlich zu machen versucht, jedoch ohne zwingenden Grund. Das Eine steht jedoch fest, dass sich in der Ascendenz der Kranken in der Majorität Neuropathen, Geisteskranke, Apoplectiker, Hysterische, Migräne-Kranke etc. finden.

Was Geschlecht und Nationalität anbetrifft, so gehörten von 25 Kranken 10 dem männlichen, 15 dem weiblichen Geschlecht an, 7 waren Engländer, 1 Belgier, 2 Spanier, 14 Franzosen, die Kranken gehören sämmtlich Gegenden an, in denen der Kropf nicht endemisch ist.

Der Beginn der Erkrankung fällt in die ersten Lebensmonate, wenngleich die Symptome in der ersten Zeit den Eltern meistens entgehen, von denen häufig nach einem Fieber, Convulsionen oder Traumen die ersten Anzeichen bemerkt wurden. Was die Symptome anbetrifft, so ist der Umstand im höchsten Grade eigenthümlich, dass alle Kranke mit myxoedemateuser Idiotie unter sich die grösste Aehnlichkeit haben, wer Einen kennt, kennt sie Alle. Alle lassen eine Hemmung der geistigen Entwicklung in verschiedenem Grade erkennen, ebenso der physischen.

Der Schädel ist gross, nach hinten und vorne verschmälert, Stirn niedrig, die vordere Fontanelle persistirt, selbst bei Individuen, die das 30. Lebensjahr überschritten haben. Die Haare sind dick, grob, Pferdehaaren ähnlich, braun oder blondroth, gewöhnlich reichlich mit Ausnahme an den Schläfen. Die Kopthaut ist mit Eczem bedeckt, das aller Reinlichkeit trotzt. Gesichtsausdruck apathisch, träge, — Bildung prognath. Augenlider verdickt, bleich, bläulich verfärbt, mehr weniger dem Bulbus vorliegend, Blepharitis ciliaris häufig. Nase stets stumpf, mögen die der Eltern noch so verschiedene Form haben. Wangen aufgeblasen, hängend. Mund gross, Lippen bläulich, dick, die untern zuweilen umgestülpt. Zunge in allen Dimensionen vergrössert, liegt fast stets draussen. Die unregelmässig stehenden Zähne cariös, die zweite Dentition vollzieht sich unvollständig oder erst im späteren Alter. Kinn klein, Ohren nicht missbildet aber verdickt, Farbe wachsgelb, ödematöses Aussehen. Hals kurz und dick, Kopf zwischen den Schultern. Schilddrüse durch Palpation nicht zu entdecken. Pseudolipomatöse Massen mit hypertrophirten Drüsen durchsetzt finden sich constant in den supraclaviculären Gruben, den Achsenhöhlen und zuweilen an anderen Stellen. Thorax gewöhnlich missbildet, entweder Schultern, Rippen oder die Wirbelsäule mehr weniger deviirt. Rücken gewölbt. Bauch gross, erinnert an den der Batrachier; fast immer Umbilicalhernie vorhanden, zuweilen noch Inguinalhernie, Becken verschmälert. Genitalien fast in sämmtlichen Fällen wenig entwickelt, Testikel steigen spät herab, bleiben klein; die grossen und kleinen Scham-

lippen erreichen nie normale Dimensionen. Extremitäten kurz und dick mit rhachitischen Krümmungen, Gelenke knotig; Hände und Füsse cyanotisch, dick, pachyderm. Haut glänzend, weisslich, trocken, stellenweise ichthyotisch, ist bei allen Sitz einer ekthymatösen Eruption; im Gesicht ist sie ein wenig gelblich, wächsern oft mit rothen Flecken durchsetzt.

Digestion normal, Appetit mässig, oft Widerwille gegen Fleisch, Kauen beschwerlich; Constipation habituell, daher die Häufigkeit der Hämorrhoiden.

Respiration vielfach beeinträchtigt, Puls klein, frequent; Temperatur unter der Norm, daher starkes Gefühl für Kälte. Speichelsecretion vermehrt, Schweisssecretion unvollständig, sie schwitzen fast nie, die Stimme ist rauh, zischend, der Gang wiegend, die Pubertät tritt nie ein, Bart fehlt stets, Haare in den Achselhöhlen sowie am Penis sind nicht vorhanden; Menstruation erscheint nie oder hört nach 1—2 maligem Eintritt auf. Die Brüste sind rudimentär, der sexuelle Trieb gleich Null; Anämie, bei andern Idioten so regelmässig, kommt bei ihnen nicht vor; die allgemeine Sensibilität ist normal, auch die specielle soweit sich dies überhaupt vermitteln lässt. Die Wortbildung ist sehr beschränkt, wenige sprechen fliessend, die Intelligenz ist abgeschwächt, sie bleiben Idioten, ein Einziger konnte als imbecill bezeichnet werden. Sanft von Character lernen sie sich anziehen, waschen und sind reinlich, alle essen allein etc. An intercurrenten Krankheiten kommen vor Convulsionen, Erysipel, Bronchitis, Haemorrhoiden, Mastdarmverfall. Es starben an Krankheiten: 2 an Erysipel, 2 an Convulsionen, 4 an Lungencongestionen mit oder ohne Bronchitis, 1 an Pericarditis, 1 an interstitieller Nephritis, 1 an Marasmus.

Alle diese Erscheinungen sind durch das Fehlen der Schilddrüse bedingt, wie sich bei dem Myxödem der Erwachsenen zeigt, denen man die Schilddrüse entfernt hat. Wenn nun auch bei Letzteren die Erscheinungen nicht in dem Masse auftraten wie bei neugeborenem Myxödem, so ist in Betracht zu ziehen, dass bei Erwachsenen der Körper entwickelt ist, ebenso wie die Stirnwindungen ihre normale Grösse erreicht haben. Auch die Physiologie bestätigt diese Ansicht, indem nach Experimenten von Horsley an Affen, denen die Schilddrüse exstirpirt wurde, dieselben Erscheinungen auftreten, während dieselben ausblieben, wenn bei einem Thiere nach der Thyreoidectomie die Schilddrüse eines anderen Thieres in das Peritoneum eingenäht wurde.

Die Diagnose der myxoedematösen Idiotie ist leicht, es könnte höchstens Cretinismus und Myxödem zusammen geworfen werden. Die Differenzialdiagnose wird ausführlich behandelt.

Was die Prognose anbetrifft, so haben die Kranken im Allgemeinen eine kurze Lebensdauer.

Die Behandlung besteht in Darreichung des Tonica (Eisen, Chinin), von Salzbädern, in Anwendung der Hydrotherapie, der Gymnastik, ferner pädagogische Mittel wie bei der Erziehung der Idioten, Uebung im Gehen und aufrechter Haltung. Holtermann.

27) **Cr. Ufer**: Nervosität und Mädchenerziehung in Haus und Schule.
(Wiesbaden bei J. F. Bergmann 1890. 104 Seiten.)

Wir haben im Jahrg. 1888 pag. 496 unseres Centralblattes mit wenigen Worten des vorzüglichen Aufsatzes von Pelmann: Nervosität und Erziehung Erwähnung gethan, mehr desswegen, um die Leser unseres Blattes zur Lektüre desselben anzuregen als um eine Kritik zu schreiben. Wir befanden uns auch so sehr in Uebereinstimmung mit den dort niedergelegten Ansichten, dass wir kaum zu einer Ausstellung Gelegenheit gefunden hätten. Um so überraschender kam uns daher die vorliegende, von pädagogischer Seite verfasste Schrift, welche dem Verf. von Nervosität und Erziehung der Mangel an pädagogischen Kenntnissen und Erfahrungen vorwirft. Geben wir dem Verf. der vorliegenden „umfassenden" Arbeit übrigens gleich den Vorwurf zurück, denn derselbe zeigt einen solchen Maugel an „ärztlichen" Kenntnissen und Erfahrungen, dass wir dieser Zusammenstoppelung von Citaten, diese Vermischung von Neurasthenie und Nervosität, von Disposition und Krankheit unsere Anerkennung versagen müssen. Es bleibt also hier die Frage offen, ob wir die pädagogische Erfahrung höher stellen wollen in der Beurtheilung der vorliegenden Fragen, oder ob wir der grundlegenden Definition der krankhaften Störungen, welche die Schule hervorruft, mehr Gewicht beilegen. Uns als Arzt scheint doch der Schwerpunkt auf letzteren zu liegen, zamal die pädagogischen Lehren in dieser Frage sich erst aus den ärztlichen ergeben und dann eine Sache der Logik, des gesammten Menschenverstandes sind. Für den Arzt hat daher das gut ausgestattete Büchlein wenig Werth, für den Lehrer mag es immerhin einige wichtige Fingerzeige liefern. Goldstein.

---

28) **P. Keraval** et **J. Targoula**: Des fibres intracorticales du cerveau dans les démences. (Le Progrès médicale 1890. Nro. 29.)

Die Verf. haben ihre Untersuchungen darauf hin gerichtet, festzustellen:

I. Ob die myelinhaltigen intracorticalen Nervenfasern constant verschwinden und zwar a) in der allgemeinen Paralyse im vorgerückten Stadium und b) in der Demenz im letzten Stadium.

II. In welcher Weise der Schwund in jedem dieser Krankheitszustände stattfindet a) mit Rücksicht auf die verschiedenen Schichten der Rinde, b) mit Rücksicht auf die verschiedenen Gebiete der Rinde.

III. Ob ein Zusammenhang zwischen diesen Alterationen und der chronischen Meningitis oder den Verwachsungen der Meningen mit der Rindensubstanz besteht.

Verff. folgen der Eintheilung der Rinde in 3 Schichten, wie sie in Deutschland üblich ist; ihre Untersuchungen erstreckten sich auf 8 Hirne von an allgemeiner Paralyse Verstorbenen und 3 von dementen Individuen: die Autopsie wurde 6—30 Stnnden nach dem Tode gemacht und ergaben folgende Resultate:

ad I. a. Die myelinhaltigen intracorticalen Nervenfasern verschwinden in der Regel im vorgerücktem Stadium der Paralyse.

ad I. b. Sie verschwinden auch in der secundären Demenz, mag die vorhergehende Geisteskrankheit sein, welcher Art sie will. Eine Ausnahme

fand sich in einem Falle von Demenz, in dem bei der Section eine Cyste im linken Frontallappen gefunden wurde.

ad II. a. Der Frontallappen ist bei der allgemeinen Paralyse am ärmsten an myelinhaltigen intracorticalen Fasern; der Gyrus rectus, wie auch Tuczek behauptet, ist am constantesten und stärksten afficirt; man vermisst in ihm die Läsionen eigentlich nie.

ad II b. Gleiches lässt sich bei den übrigen Formen der Demenz constatiren.

Der Lobus paracentralis entbehrt zuweilen dieser Erscheinung sowohl bei der Demenz als der Paralyse.

Was nun die Betheiligung der verschiedenen Schichten anbetraf, so war dieselbe eine unregelmässige in Bezug auf die Ausdehnung derselben; die gradweise und regelmässige Modalität, wie Tuczek sie für die Fasern bei der Paralyse in Anspruch nimmt, konnten die Verff. ebenso wenig wie Zacher und Fischel constatiren. Doch fanden sie, allerdings selten, wenn die Rinde in ihrer ganzen Dicke frei von myelinhaltigen Fasern erschien, in der benachbarten Zone der weissen Substanz einzelne solitäre Fasern. Diese Erscheinungen fanden sich auch bei den übrigen Formen der Demenz. Auf eine Erscheinung machen Verff. noch besonders aufmerksam, auf die ihrer Ansicht nach zu wenig Gewicht gelegt worden ist, nämlich dass in der am weitesten fortgeschrittenen Periode des Schwundes der Fasern sehr häufig ein mehr oder weniger ausgesprochener Verfall der vom Stabkranz kommende Bündel statthatte.

Einen Zusammenhang zwischen Zerstörung der Myelinfasern und den makroskopischen Läsionen konnten Verff. nicht erbringen. Atrophie der Myelinfasern kann bestehen ohne meningitische Veränderungen; die meningitischen Adhäsionen spielen keine pathogenetische Rolle bei der Entstehung der Demenz. Holtermann.

---

29) **P. Sollier** et **A. Souques**: Un cas de mélancholie cataleptiforme. (Nouvelle iconographie de Salpêtriére. Juni 1890.)

Es wird die Krankengeschichte eines jungen Mannes mitgetheilt, welche im wesentlichen der Kahlbaum'schen Katatonie entspricht. Die Verff. zögern aber nach dem Vorgange von Séglas die Katatonie als ein einheitliches Krankheitsbild anzuerkennen und ziehen deshalb den Namen kataleptiforme Melancholie vor. Doch will der letztere Name in diesem Falle nicht recht passend erscheinen, da nach der Krankengeschichte zu urtheilen, recht lange Zeit hindurch die Grunderscheinung der Melancholie, die schmerzliche Verstimmung, fehlte Strauscheid.

---

30) **D. C. Krinier** (New-York): Chloralamid as a hypnotic in the treatment of mental diseases. (Medic. Record 1890. Juliheft.)

K. hat das Chl. in Fällen von acuter und chronischer Manie, primärer, secundärer und seniler Demenz, chronischer Verrücktheit und acuter Melancholie angewandt.

Der hypnotische Effect tritt in einer Reihe von Fällen zu langsam ein, namentlich bei stark erregter Manie; wenn in solchen Fällen Schlaf

erzielt wurde, so war derselbe unruhig. Dagegen war der Erfolg in den meisten Fällen von Melancholie günstig und prompt. Im Ganzen jedoch war die Wirkung nicht schnell genug, wie man es beim acuten Delir oder in Fällen grosser Erregbarkeit verlangen muss, in denen nothwendig Schlaf herbeigeführt werden muss. In grossen Dosen (65 Gran = 3,9 Gramm) tritt freilich nach 20—30 Minuten Schlaf ein, aber so grosse Dosen verursachen Schwindel, Erbrechen und andere unangenehme Symptome.

Im Anfang soll man 25 Gran = 1,5 Gramm geben und bis zu 45 Gran = 2,7 Gramm steigen, welche Dosis ohne üble Zufälle.

Holtermann.

---

31) **Porcher** (Charleston): Phenacetin in insomnia.
(Medical Record 1890. Juliheft.)

P. empfiehlt Phenacetin in Dosen bis zu 7—10 Gran (0,42—0,6 Grm.) in Wasser beim Schlafengehen genommen; er fand es bei sich selber ausserordentlich wohlthätig bei Rheumatismus des Vorderarms, der ihm den Schlaf raubte. Es bewährt sich nach P. bei Schlaflosigkeit in Folge vorübergehender Ursachen, Ermüdung, Nervosität, Erregung etc. Es ist völlig unschädlich und kann auch Kindern, die in Folge von Fieber oder Erregung *schlaflos* sind, ohne Nachtheil gegeben werden. Holtermann.

---

32) **F. C. Hoyt** (St. Joseph, Mo.): Paraldehyde as a hypnotic.
(The Medic. Reord. 8. November 1890.)

V. legt seine Erfahrungen über Paraldehyd in folgenden Sätzen nieder:

1. Dasselbe kann in Dosen von 2—12 Gramm gegeben werden, fortgesetzter Gebrauch mache steigernde Dosen nöthig.

2. In vernünftiger Dosis gegeben ist es das unschädlichste aller Schlafmittel, vor Allem bei alten, schwachen Leuten mit Herzkrankheiten.

3. Es führt eher ab, als dass es verstopft und schädigt weder den Appetit noch die Ernährung.

Es kann beinahe in allen Fällen von Schlaflosigkeit gegeben werden: nur in einer kleinen Zahl derselben wird es Nichts nützen, es wirkt nicht schmerzstillend und hilft auch als Schlafmittel nicht in Fällen grosser Erregung (wie in der Manie).

5. Es ist mehr Erregungs- als Depressionsmittel, so dass es auch bei Kranken mit geringer Lebenskraft nicht contraindicirt ist.

6. Dagegen ist es nicht zu geben, wo Magen-, Darm-, und Nieren-Erkrankungen vorhanden sind. Voigt (Oeynhausen).

---

33) **Joseph Drzewiecki** (Warschau): Some further reflections on Pasteur's antirabic inoculations. (Einige weitere Betrachtungen über Pasteur's Impfungen gegen die Tollwuth.) (The Medic. Record. 1. November 1890.)

Verf. fasst seine „Betrachtungen" in folgende Sätze zusammen: 1. Die Theorie jener Impfungen ist ganz neu und kann weder mit der schrittweisen Angewöhnung des Organismus an Gifte noch mit der Vaccination verglichen werden. 2. Die Pasteur'schen Impfungen verhindern weder noch mildern sie die Tollwuth. 3. Die ihnen zugeschriebene Wirkung leitete man einerseits

von Experimenten an Thieren, deren Unempfänglichkeit gegen das Gift nicht berücksichtigt war und andererseits von unwissenschaftlich und gewaltsam gemachten Impfstatistiken her. 4. Seit Einführung der Pasteur'schen Methode ist in Frankreich die Zahl der an Tollwuth Verstorbenen nicht nur nicht gesunken, sondern sogar gestiegen. 5. Wenn jene Impfungen überhaupt jemals einen Einfluss ausüben, so ist es einzig der, dass sie die Kranken von ihrer Angst befreien; da wir aber über ihre Unschädlichkeit nicht sicher sind so sollten sie auch zu diesem Zwecke nicht angewandt werden. —

In fast genau demselben Sinne spricht sich Frank S. Billings (Chicago): in einer „Pasteurism" betitelten Abhandlung aus (cfr. The Medic. Standard Octbr. 1890). Voigt (Oeynhausen).

---

34) **H. A. Haubold** (New-York): Phlebotomy as one of the means in the treatment of insolation, with a report of 5 cases. (Der Aderlass, eins der Mittel gegen Sonnenstich; Bericht über 5 Fälle). (The Med. Rec. 1. Nov. 1890.)

Gegen die sogenannte sthenische Form des Hitzschlages, die am leichlesten mit dem epileptischen oder apoplectischen Anfälle verwechselt werden kann, scheint der Aderlass mit unmittelbar folgendem kalten Wasserbade, letzteres vorausgesetzt dass noch kein Collaps eingetreten ist) ein zuverlässiges Mittel zu sein. — Voigt (Oeynhausen).

---

35) **Leonard Corning** (New-York): Some practical considerations on the nature and induction of the hypnotic state. (Practische Betrachtungen über Wesen und Herbeiführung der Hypnose.) (The Medic. Record. 8 Novbr. 1890.)

Verf. gibt einen kurzen Bericht über die Physiologie des Hypnotismus, erläutert ebenso kurz die 6 von Liébault aufgestellten Grade der Hypnose und geht dann auf den therapeutischen Werth der hypnotischen Suggestion über. In dieser Beziehung sei Bernheim's Ansicht, dass durch sie auch organische Erkrankungen des Nervensystems heilen können, falsch: die Suggestion könne nur in Fällen functioneller Nervenkrankheiten nützen. Sodann beschreibt Verf. die verschiedenen von Bernheim, Donato, Wagner, Luys und ihm selber angewandten Methoden zur Erzeugung der Hypnose, spricht über die Gefahren des Hypnotismus (das Ausführen suggerirter Handlungen, vor Allem das Auftreten secundärerer Erkrankungen des Nervensystems u. s. w.) und schliesst so mit dem Satze, dass man künftighin die Hypnose nur bei leichtem Grade von Hypochondrie, krankhafter Furcht, Hysterie, Depression u. s. w. als Heilmittel anwenden solle und auch da nur als mitwirkendes, den Gebrauch und Einfluss anderer Heilpotenzen begünstigendes Mittel. —

Im Anschluss hieran sei erwähnt, dass nach der Pacific. Record. vom 15. August 1890 in der letzten Sitzung der St. Louis Medic. Society Dr. Bremer einen Vortrag über *Hypnotismus und seine Gefahren* hielt, in welchem er sich scharf gegen den Gebrauch desselben zu irgend welchen Zwecken aussprach: derselbe führe nicht selten — Verf. berichtet zum Beweise aus seiner Praxis Beispiele — zu Geistes-Erkrankungen und anderen schweren Krankheiten des Nervensystems. In der sich an diesem Vortrag anschliessende Besprechung waren alle Anwesenden einig in der Zustimmung zu Bremer's Ansichten: nur Dr. Steinmetz, der im 1. Jahre behufs

Ausführung chirurgischen Operationen 1500 Personen hypnotisirt hat, ohne jemals üble Folgen gesehen zu haben, spricht dagegen.

Im Uebrigen scheint die Hypnotismus-Wuth jetzt in America weit grössere Dimensionen angenommen zu haben, als dies je in Deutschland der Fall war; wenigstens beginnt in The Pacific Record vom 15. September 1890 ein Artikel *Hypnotism and the beliefs of other days.* (Hypnotismus und der Aberglaube früherer Zeiten) mit den Worten: „wir machen jezt eine Epidemie des Hypnotismus durch" und wird in demselben nachgewiesen dass dieselbe in ihrem Verlaufe durchaus ähnlich sei den rein körperlichen Epidemien; nur dass sie ihre Opfer in einer einzigen Klasse von Menschen finde, diejenigen nämlich, welche ausser gewissen allgemeinen Attributen und Qualitäten, namentlich „nervöses und biliöses Temperament" gemeinsam sei.

Voigt (Oeynhausen).

---

36) **Ernst Emil Moravcsik** (Budapest): Casuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. (Köregeàs segeigyes törvénysréki orvostom 2, 3, 4 B. 1890. Orvosi Hetilap.)

1) *Melancholie, Mordversuch.* 30jährige Frau, Eltern an Lungentuberculose gestorben, tiefe Gemüthserschütterungen durch drückende materielle Sorgen und Familienunglück; in Folge dessen Depression, traurige Verstimmung und Lebensüberdruss; Schlaflosigkeit, mangelhafte Ernährung. Im Januar 1888 nahm die Person in Abwesenheit des Gatten ihr 4 Jahre altes Mädchen auf den Arm, ging an das Donauufer und sprang in's Wasser. Beide wurden gerettet. Bei Gericht gab sie an, dass sie durch diese That beide vom Elend befreien wollte.

2) *Melancholie, Mord.* 23jährige Frau, keine Heredität. Anfangs lebte sie glücklich mit ihrem Gatten, doch löste sich später das gute Einvernehmen durch die rohe Behandlungsweise des Mannes. Im Mai 1889 bekam sie heftige Kopfschmerzen. Die hierauf folgenden Tage litt sie an Schlaflosigkeit und unmotivirten Angstgefühlen. Starkes Zittern. Sie lief ziellos auf den Feldern herum, nährte sich mangelhaft und starrte zeitweise vor sich hin. Auf Fragen antwortete sie nicht. Die häusliche Arbeit vernachlässigte sie vollends. Als eines Tages ihr Gatte zur Arbeit fortging und die Kranke allein blieb, zerschmetterte sie den Schädel ihres $1^1/_4$ Jahre alten Sohnes und vergrub die Leiche im Keller. Vor dem später hinzugekommenen Gatten als auch vor dem Gericht war sie verwirrt. In beiden Fällen wurden melancholische Geistesstörung constatirt und das weitere Strafverfahren eingestellt.

3) *Alkoholismus, Mordversuch.* 51jähriger Mann. Grossmutter geisteskrank gewesen. 5—6 cm. lange wulstige lineare Narbe oberhalb des rechten Augenbrauenbogens. Starker Alkoholmissbrauch. Streitsüchtig, reizbar, gewalthätig. Seine Gattin hatte er zu wiederholtenmalen der ehelichen Untreue, Unmoralität verdächtigt und mit Ermordung bedroht. Oft wurde sie auch von ihm geprügelt. Zeitweise zeigte er Depression, Niedergeschlagenheit und äusserte Selbstmordgedanken. Eines Tages wollte er sich sogar erhängen. Nachdem er seinen liederlichen Lebenswandel nicht lassen wollte, verliess ihn seine Gattin und zog zu ihrer Schwester. Er hatte nun versucht, sie zurückzurufen, die Schwägerin verhinderte aber die Zusammen-

kunft mit ihr. Hierüber wurde er sehr aufgebracht. Nebstbei hatte er noch angeblich gehört, dass seine Frau mehrere Liebhaber besitze, was ihn noch zorniger machte. Am 28. Mai stürzte er in betrunkenem Zustande in die Wohnung der letzteren. Die Schwägerin die er unterwegs traf, wollte ihn nicht hineinlassen. Hierüber aufgeregt, zog er sein Taschenmesser und stach letztere in die Brust. Die Leute, die ihn festnahmen, hatten ihn berauscht gefunden.

Im allgemeinen chronischer nebstbei zur Zeit des strafbaren Actes acuter Alcoholismus, das weitere strafgerichtliche Verfahren eingestellt.

4) *Chronischer Alcoholismus. Verfolgungswahn, Verläumdung.* 49jähriger Mann, ein Vetter von ihm geisteskrank gewesen. Er selbst hatte Typhus und Peritonitis durchgemacht. Uebermässiger Alkoholgenuss. Streitsüchtig, gewaltthätig; lauerte immer seiner Gattin auf, die er der ehelichen Untreue anklagte. Auf der Strasse provocirte er Scandale. Als er wegen letzteren zur Polizei vorgeladen wurde, behauptete er, der Polizeihauptmann sei der Liebhaber seiner Frau. Nachdem er Scandal auf Scandal häufte, wurde er aus der Hauptstadt gewiesen. Doch blieb er jetzt nicht ruhig und behelligte die höchsten Polizeibeamten durch im gemeinsten Stiele gehaltenen Briefe und Correspondenzkarten und verlangte Satisfaction für die ihm angethanen Injurien. Auf Grund dessen wurde gegen ihn das strafgerichtliche Verfahren eingeleitet. Das gerichtsärztliche Gutachten hatte Verfolgungswahn auf alkoholistischer Basis festgestellt, und die Detention des Inculpaten in einer Irrenanstalt beantragt.

5) *Chronischer Alcoholismus, Schändung.* 53jähriger Mann, Italiener. Ein Bruder geistesschwach. Mutter leidet an einer Gehirnkrankheit, in Folge welcher sie erblindete. Langjähriger Abusus alcohol. Wurde oft betrunken gesehen. Er hat sich mehrere Male am Hofe des Wohnhauses unzüchtig benommen, indem er die Frauen zum Beischlaf aufforderte und den Kindern seine Genitalien zeigte. Im September 1887 wollte er durch Geldgeschenke ein 11jähriges Mädchen zum Beischlaf verleiten, hierbei entblösste er seine Geschlechtstheile. Auf das Geschrei des kleinen Mädchens kam dessen Mutter, worauf er sich entfernte. Am selben Tage hatte er einem 8monatlichen Mädchen den Penis in den Mund gesteckt, indem er die Wiege, in welchem das Kind lag, zwischen die Füsse nahm. Während des Verweilens des Geschlechtstheiles im Munde des Kindes erfolgte Ejaculation. Nach Angabe der Hausbewohner hatte Inculpat den vorhergehenden Tag viel Alcohol vertilgt und war am Tage des Verbrechens auch betrunken.

Der Chronische Alcoholismus wurde als Milderungsgrund angenommen.

6) *Verfolgungswahn, Mordversuch.* 37jähriger Mann, keine Heredität. In der Kindheit reizbar, verschlossen, argwöhnisch gewesen. Gegenwärtig bestehen Verfolgungs- und Vergiftungswahn und Hallucinationen. Ein Tischlergeselle befand sich auch unter seinen vermeintlichen Feinden, welchen Inculpat auf der Strasse überfiel, und selbem zwei Revolverschüsse in die Brust beibrachte. Den Revolver trug er zum Schutz gegen seine Feinde immer bei sich.

Die gerichtsärztliche Commission hat Verfolgungswahn constatirt und angegeben, dass die verbrecherische Handlung unter dem Einflusse der Wahnideen vollführt wurde.

7) *Verfolgungswahn, öffentliche Ehrenbeleidigung.* 27jähriger Mann, hereditär nicht belastet, hat Malaria durchgemacht. Beim Militär hat er die Wahrnehmung gemacht, dass ihn sein Hauptmann verfolge; dieser hätte ihn nämlich verleumdet und sekkirt. Vom Militär ging er zur Finanzwache, fand sich aber auch hier von seinen Vorgesetzten beeinträchtigt, beschimpft und verfolgt. Dies brachte ihn oft in Collision, bis er endlich aus dem Verbande der Finanzwache entlassen wurde. Jedoch hatten seine Feinde auch jetzt nicht geruht, sie verfolgten ihn unausgesetzt. — Er machte mehrmals Anzeigen gegen seine gewesenen Vorgesetzten und schrieb unter Andrem auch folgenden Brief an das Finanzministerium: „Eure Excellenz! Es stehen noch heute Männer in der Finanzwachcorporation die ganz gewöhnliche Diebe, Gauner und Schwindler sind und trotzdem vom Staate resp. aus den Steuereinkünften gezahlt werden. Das niederträchtigste dabei ist, dass diese Leute den Rang von Vorgesetzten bekleiden. Belieben Sie also veranlassen, dass W . . . . . D . . . . . und K . . . . . O . . . . . sofort aus dem Dienste gejagt werden, ansonst ich selbst gezwungen sein werde mir Satisfaction zu verschaffen u. z. auf solche Art und solchem Wege, die ich im Leben noch nie benützte. M. M.

Die Exploration ergab eine typische Paranoia und wurde das weitere Strafverfahren eingestellt. Ostermayer (Budapest).

---

37) **Gradenigo**: Zur Morphologie der Ohrmuschel bei gesunden und geisteskranken Menschen und bei Delinquenten.

(Archiv für Ohrenheilk. S. 230. 1890.)

Verf. der sich seit Jahren mit der Frage beschäftigt, ob die Formanomalien der Ohrenmuschel als Degenerationszeichen aufzufassen seien, legt seine Resultate vor, die er an 230 normalen Männern und Frauen, 402 geisteskranken Männern und 350 geisteskranken Frauen, ferner an 222 Delinquenten und 17 männlichen und 22 weiblichen Cretins gewonnen hat. Verfasser bezeichnet auf Grund früherer an 25,000 gesunden Individuen gemachten Beobachtungen nur eine bestimmte Zahl von Muschelformen als normal. Die auf Grund dieser Anschauungen gewonnenen Zahlen erweisen Folgendes: Formanonmalien der Ohrenmuschel kommen bei Geisteskranken und Delinquenten viel häufiger vor als bei normalen Individuen. Bei letzteren herrschen unwesentliche Abweichungen vor, wie z. B. angewachsene Läppchen, auf das Läppchen fortgesetzte fossa scaphoidea u. a. Bei Geisteskranken und Delinquenten dagegen erscheinen sehr bedeutende Missbildungen, wie *weit* abstehende Ohrmuscheln, Asymmetrien der Einpflanzung, angewachsenes auf die Wange verlängertes Läppchen etc.

Die Abnormitäten sind gewöhnlich bilateral, zuweilen auch blos unilateral und zwar sind im letzteren Falle die einseitigen Anomalien häufiger rechtseitig und zwar ohne Unterschied des Geschlechts, während weit abstehende Ohren bei Männern viel öfters linksseitig sind.

Felix Peltesohn.

---

38) **T. Dwigth**: The closure of the cranial sutures as asigu of age.
(Boston m. and. s. Journal 1890. Nro. 17.)

Zahlreiche Daten über diese Frage an 100 Schädeln; wegen des Werths der vielen Einzelangaben muss die Originarbeit gelesen werden, die um so beachtenswerther ist, als man bei uns in Sectionsprotocollen Irrer diese wichtige kraniolog. Frage meist ganz ignorirt. Kurella.

39) **Aug. Tebaldi**: Cenno sopre un nuovo craniometro-craniografo.
(Rivista sperim. di fren. e di med. legale. Bd. 16 Heft 3 1890.)

T. schlägt ein neues Craniometer vor von folgender Construction. Ein gewöhnliches Pelvimeter oder Craniometer hat am Ende seiner beiden Branchen ein ovales Loch, durch welches ein Bleibändchen geht, welches mit einer Schraube festgemacht werden kann. Das Bleibändchen soll 1 mm dick und 6 mm hoch sein. Legt man nun das Craniometer in der gewöhnlichen Weise an den Schädel an, um irgend eine Distanz zu bestimmen, so sorgt man dafür, dass das Bleibändchen sich überall dem Schädel genau anlegt. Dann liest man den Abstand der beiden Branchen ab und indem man das Craniometer vom Schädel behutsam abnimmt, hat man in dem Bleibändchen einen genauen Abdruck der betreffenden Strecke der Schädeloberfläche. Man kann diese nun mit Leichtigkeit auf Papier zeichnen, indem man etwa mit einem Bleistift an dem inneren Rande des auf Papier gelegten Bleibändchens vorbeifährt. Eine beigegebene Tafel dient zur Veranschaulichung des Instrumentes und der mit ihm gewonnenen Resultate. Strauscheid.

40) **A. Tamburini e G. Algeri**: Sullo stato mentale di Passanante.
(Rivista sperim. di freniatria e di med. leg. Bd. 16. Heft. 3.)

Die Verf. entwerfen ein höchst interessantes Bild von der psychischen Entwicklung des bekannten Attentäters Passanante. Derselbe unterlag einer schweren neuro- und psychopathischen heriditären Belastung. Auf Grund dieser entwickelte sich bei P. eine paranoische, oder wie Tamburini zu sagen vorschlägt, eine paranogene psychische Constitution. Dieselbe zeigte sich in einer auffallenden vagabundirenden Lebensweise, in einer übermässigen Eitelkeit, in dem Fanatismus mit welchem er gewisse Ideen und deren Verwirklichung erfasste in dem Trieb jeden Gedanken der ihm durch den Kopf ging, sofort niederzuschreiben etc. Diese psychische Constitution hatte noch nicht zu einer wirklichen Psychose geführt, als P. das Attentat auf den König machte. Erst im Zuchthause brach ein acutes hallucinatorisches Delirium aus. Nachdem diese Verwirrtheit verschwunden, die Phantasmorrhoë und Agitation abgeklungen waren, trat immer deutlicher eine systematische hallucinatorische Paranoia hervor, mit zahlreichen Verfolgungs- und Grössenideen. Im Laufe der Zeit hat sich hierzu eine beträchtliche geistige Schwäche gesellt. Die Einzelheiten des interessanten Gutachtens müssen im Originale nachgelesen werden. Zum Schlusse betont Tamburini im Gegensatze zu Régis, dass wohl die meisten selbstständigen Königsmörder entweder schon entwickelte Paranoiker sind oder doch eine paranogene Constitution besitzen, die nachher zur typischen Paranoia führt. Strauscheid.

41) **Frank Ashby Elkins** (Edinburgh): A case of homicidal and suicidal insanity. (Edinburgh medical journal. Sept. 1890.)

Ein erblich belasteter 33 jähriger Mann war immer leicht erregbar, stolz und streitsüchtig. Obschon er Alkoholist war, war er doch bis zum Jahre 1888 immer thätig und fleissig gewesen. Im Jahre 1885 will er mehrmals Ohnmachtsanfälle gehabt haben, die später ausblieben. Im Jahre 1888 erkrankte er an Verfolgungsideen und Hallucinationen. Infolge eines Selbstmordversuches kam er in eine Irrenanstalt, von wo er nach kaum 2 Monaten geheilt entlassen wurde. Nach kurzer Zeit abermals Selbstmordversuch, kurzer Anstaltsaufenthalt, geheilt entlassen. Dies wiederholte sich noch zweimal, so dass W. im Ganzen 4 mal aus der Irrenanstalt nach ca. 3 monatlichem Aufenthalt geheilt entlassen wurde Kaum war er aber zu Hause, als er auch die deutlichsten Verfolgungsideen verrieth; er glaubte sich von fremden Menschen, wie von seiner Frau verfolgt, fühlte sich elektrisch beeinflusst und war oft geistesabwesend. Da er sich selbst nicht wohl fühlte ging er zu Clouston um dessen Rath einzuholen. Er traf diesen aber nicht sondern einen Herr N. Plötzlich fast er die Idee diesen zu tödten und führt dieselbe auch nach einigen Tagan bei passender Gelegenheit aus. Vorher hatten, wie er sagte, die Hunde ihn daran gehindert, aus der Stadt zu kommen und war er elektrisch beeinflusst worden. Als der Himmel ihm den Mordplan eingegeben, fühlte er sich glücklicher, fand er die ganze Natur schöner und herrlicher. Er wird in die Irrenanstalt gebracht und klagte dort auch über electrische Beeinflussung, Verfolgungen seitens der Hunde, Bezeichnung durch übelgesinnte Personen etc. Der Mord that ihm leid. Seine Intelligenz war gut. Wegen der 1885 und vor einigen Monaten noch einmal aufgetretenen Ohnmachtsanfälle wäre an Epilepsie zu denken (typische Anfälle waren niemals vorhanden.) Auch spielen die alkoholischen Neigungen von W. vielleicht eine Rolle. Diese beide Muthmassungen bilden die einzige mehr als oberflächliche Aussage des Verfassers, der weiter über den Zustand des W. keinerlei Urtheil fällt und sich offenbar mit der im Titel enthaltenen Diagnose ganz zufrieden giebt. Strauscheid.

---

42) **L. Bianchi** (Palermo): La responsibilità nell' isterismo.
(Rivista sper. di freniatria e di med. legale. Bd. 16. Heft 3. 1890.)

Verf. macht in dem kleinen Aufsatze Front gegen die Behauptung, dass alle Hysterischen nicht verantwortlich seien für etwaige strafbare Handlungen. Hat man es mit einem Vergehen eines Hysterischen zu thun, so ist meist ein sehr gründliches Studium der betreffenden Persönlichkeit und der ihr imputirten Handlung mit allen Nebenumständen erforderlich, um zu einem stichhaltigen Urtheile zu gelangen. In einzelnen Fällen dagegen ist das Urtheil ein leichteres und kann sofort die Nichtverantwortlichkeit eines Hysterischen ausgesprochsn werden. Dahin gehören zunächst alle Fälle von wirklichen hysterischen Psychosen. Zweitens kommen in Betracht die Fälle, wo es sich um eine hysterische „Verdopplung der Person“ oder spontanen Somnambulismus handelt. Damit bezeichnet der Verf. alle diejenigen hysteroepileptischen Traumzustände bis zur einfachen kurz dauernden Absence mit Hinzuziehung des hypnotischen Somnambulismus, wo ein Patient lange Monate oder einige Minuten in einem Zustande trauma-

artiger Umdämmerung scheinbar bewusst handelt und spricht, ohne nachher im normalen Zustande, irgend etwas von diesen Handlungen zu wissen. Dass diese Zustände gar nicht selten vorkommen, betont Verf. mit vollem Rechte. Etwas anders müssen diejenigen hysterischen Individuen beurtheilt werden, welche während des Bestehens schwerer somatischer Krankheitssymptome (Paralyse, Contracturen, Hemianaesthesie, Convulsionen etc.) einen durchaus anderen, abnormen Charakter zeigen, wie sie ihm zu Zeiten relativen Wohlbefindens trotz des Fortbestehens der Hysterie niemals erkennen lassen. B. zeigt diese Veränderung an zwei markanten Beispielen. Werden nun in solchen Zuständen Delicte begangen, so kann unmöglich die volle Verantwortlichkeit wie bei Gesunden angenommen werden, sondern offenbar nur eine verminderte. Ein allgemeines Urtheil lässt sich nicht abgeben über diejenigen Personen, welche an schweren Kramfanfällen leiden, in der Zwischenzeit aber fast normal erscheinen. Da muss jeder einzelne Fall genau studirt und ganz für sich beurtheilt werden. Strauscheid.

# III. Aus den Versammlungs- u. Vereins-Verhandlungen.

## 1. Société medical des Hôpitaux.

Sitzung vom 18. April 1890. (L'Union médicale 1890. Nro. 49.)

43) **Duponchel** stellt einen Soldaten von kräftiger Constitution vor, Sohn eines Trinkers und einer Geisteskranken, *mit hysterischem Tremor der oberen und unteren Extremitäten*, der im 6. Lebensjahre auftrat, deutliche, regelmässige Oscillationen zeigt, in der Ruhe sistirt und den Kranken im Dienst nicht hindert. Hyperästhetische Zonen finden sich bei dem Kranken in der rechten Fossa iliaca und in der Lumbarregion, anästhetische Plaques an der Vorderseite des linken Voderarms und am Gaumenbogen. Die Reflexsensibilität ist gesteigert.

44) **Luys** stellt einen Kranken mit *ambulatorischem Automatismus* vor. Der Kranke befindet sich in einem Zustande, den L. nach Brémond „Fascination" nennt. Dieser Zustand, der nach L. hänfiger vorkommt als bekannt ist, charakterisirt sich durch 3 Symptome, Anästhesie, Catalepsie und Suggestionabilität, er ist sowohl von medicinisch-psychiatrischem als besonders von forensischem Interrese. Der Kranke, der jetzt 31 Jahre alt ist, erlitt vor 6 Jahren ohne plausible Ursache eine linksseitige motorische und sensible Hemiplegie, die vor 2 Jahren von L. durch Suggestion geheilt wurde. Holtermann.

## II. Société de médecine pratique.

Sitzung vom 20. März 1890. (L'Union médicale 1890 Nro. 37.)

45) **Bihaut** verliest einen Bericht *über cerebro-spinale Complicationen der Influenza.*

Diese Erscheinungen erklären sich aus oberflächlicheren oder tieferen cerebro-spinalen Läsionen. B. beobachtete einen Fall von einfacher Jackson'scher Epilepsie, einen Fall von Jackson'scher Epilepsie mit 8tägiger Blasenlähmung, endlich einen Fall, in dem ein junges Mädchen epileptischen Anfällen erlag. B. meint, dass in einer relativ grossen Reihe von Fällen bei Influ-

enza das Nervensystem mit erkrankt sei. Die Reconvalescenz ist im Allgemeinen langwierig, die Kranken sind in gedrückter Stimmung, einzelne exquisit neurasthenisch; früher hysterische Frauen bekamen ihre Krisen wieder, obgleich lange Jahre der Remission dazwischen lagen. B. resümirt schliesslich: Im Verlauf der epidemischen Grippe und unter Einfluss dieser Affection können sowohl im Beginn als auch während ihrer weiteren Entwicklung und der Reconvalescenz cerebrospinale Störungen auftreten.

Diese Störungen können transitorische dynamische oder permanente systematische Erkrankungen herbeiführen. Sie können sich im Rückenmarke (Paraplegie, Blasenlähmung) oder auch im Gehirn (Hemiplegie, Epilepsie, Geistesstörung) lokalisiren. Holtermann.

## III. Académie des Sciences.

Sitzung vom 30. Juni 1890. (Le Progrès médical 1890. Nro. 30.)

46) **Verneuil** überreicht einen Bericht von Lannelongue über die *Craniotomie bei Microcephalie.* Es handelt sich um ein 4jähriges Mädchen, das rechtzeitig, ohne besondere Zufälle geboren, ohne hereditäre Antecedentien in der Entwickelung zurückgeblieben war. Es kann nicht gehen, nicht aufrecht stehen, schreit fortwährend, macht den Eindruck eines zweijährigen Kindes, zeigt keine Theilnahme für die Vorgänge in der Umgebung, kann auch mit Unterstützung nicht gehen. Contracturen, Lähmungen, Anfälle, Tumor nicht vorhanden. Kopf klein, Schädel dick, im Querdurchmesser abgeglättet (scaphoid.).

Biparietaler Durchmesser = 11,9 cm., binauriculärer 10,5, bifrontaler 8,6, occipitofrontaler 15,5 cm.

Gesichtsbildung prognath, Adlernase, rückfliegende Stirn.

Die Craniotomie wurde in folgender Weise ausgeführt: Es wurde aus dem Schädel einen Finger breit von der Medianlinie parallel der Sagitthalnath ein Stück von 9 cm. Länge und 6 mm. Breite entfernt. Die Dura wurde nicht eröffnet, die Wunde ohne Drainage geschlossen. Einen Moment nach der Operation war das Resultat folgendes: Das Kind ist bedeutend ruhiger, scheint sich für seine Umgebung zu interessiren, lacht, spielt und scheint es gerne zu haben, wenn man sich mit ihm beschäftigt. Es fasst auch, verspricht zu sprechen und bringt einige Worte heraus, hält sich allein aufrecht, geht und macht regelmässige Schritte.

V. berichtet über einen zweiten ähnlichen von L. operirten Fall, der ebenfalls von gutem Resultat gefolgt war. Holtermann.

## IV. Association pour l'avancement des Sciences.

Sitzug vom 7.—14. August 1890. (Le Progrés 1890. Nro. 34. 35.)

47) **Raymondand.** Paraplégie totale datant de deux ans. s. guérie par la suggestion hypnotique. 40jährige Frau, Mutter mehrerer gesunder Kinder; *hysterische Paraplegie.* Suggestion in der Hypnose von gutem Erfolg. R. ist der Ansicht, dass die Ausübung des Hypnotismus Personen untersagt werden müsse, die nicht genügend damit vertraut sind.

48) **Bettencourt et Sorano** (Lissabon) beschreiben einen Fall von *Myxoedem*, der durch Einnähung von Stücken der Schilddrüse eines Hammels unter die Haut behandelt wurde.

36jährige Frau, seit mehreren Jahren an Myxoedem erkrankt, das wahrscheinlich auf Fehlen der Schilddrüse zurüchzuführen ist. In das subcutane Bindegewebe der Inframammillargegend jeder Seite wird die Hälfte der Schilddrüse eines Hammels eingenäht.

Nach der Operation sofort wesentliche Besserung, deren erstes Anzeichen ein Steigen der Temperatur war. Innerhalb eines Monats hat sich die Zahl der rothen Blutkörperchen zur Norm vermehrt, die Sprache ist weniger behindert, die Schweisssecretion hat sich geregelt, das Myxoedem ist geringer geworden, das Körpergewicht von 119 auf 113 Kilo heruntergegangen. Die Menstruation, die sonst 2—3 Wochen anhielt, dauert jetzt 4 Tage. Man darf trotzdem nicht auf eine völlige Heilung sehliessen d. h. auf die Vascularisation der eingenähten Drüsenstücke, da die plötzliche Besserung ebensowohl auf die einfache Absorption von Schilddrüsensaft durch die Gewebe bezogen werden kann. Holtermann.

---

## V. Société médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 27. Juni 1890. (Le Progrès médical 1890. Nro. 27.)

49) **Chantemesse et Vidal** stellen einen Kranken mit *„automatisme comitial ambulatoire“* vor. Vater, Grossvater, Onkel, Tante, Mutter des Pat. nervös, eine Tante geistekkrank. Er selbst litt biz zum 14. Lebensjahre an Enuresis nocturna, hatte während des Feldzuges 1870 einen epileptischen Anfall. Eines Tages wurde er beim Regiment bestraft, da er beim Appell nicht geantwortet hatte, weil er sich gerade in einem Zustande von absence comitial befand. Als Zollbeamter liess er wieder in einem Zustand von Absence eine Defraudation zu, wurde daher der Theilnahme am Schmuggel bezichtigt, was ihn im höchsten Grade erregte. Einige Tage darauf verliess er plötzlich seine Wohnung und 3 Tage später fand man ihn beim Trocadero beschmutzt und erschöpft wieder, ohne dass einer Ahnung hatte, wie er dahin gekommen sei. Was während dieser 3 Tage passirt war, erinnerte er sich nicht, behauptete aber, er sei in Corsika gewesen. Im Asyl hatte er Hallucinationen. Nach seiner Entlassung beging er plötzlich allerhand bizarre Handlungen, konnte seine Wohnung darauf nicht wiederfinden. Ausser diesen grossen Anfällen hat er öfter kleinere, deren er sich erinnert, sobald er sich erholt hat, indem die den Anfällen vorhergehende Aura ihm im Gedächtniss bleibt. Diese Aura besteht in einem Gefühl von Hämmern in den Schläfen, Augen und Stirn; diese Anfälle sind ziemlich häufig. Wenn sie beginnen, wird sein Gesicht blass, dann macht er Lärm, zerschlägt seine Arbeitsgeräthe, den Ofen etc. Es bestehen hysterische Symptome. Bromkali in hohen Dosen hat seinen Zustand gebessert, seit dieser Behandlung hatte er einmal eine Aura ohne Crise, Duponchel macht auf die forensische Seite dieser Znstände aufmerksam, die namentlich beim Militär von grosser Wichtigkeit ist, damit unschuldige Leute, die im Zustande einer solchen Absence sich Vergehen schuldig machen, nicht bestraft werden.

50) **Lavornau.** *Tentation d'àsphyxie par la vapeur de charbon.* Die Beobachtung ist deswegen interessant, als sich nach der Vergiftung ein kolossales Emphysem der Haut vom Halse bis zu der untern Partie des

Rumpfes entwickelte, und dann wegen der völligen Amnesie, die bei dem Kranken, der in völligem Stupor in's Spital kam, auch nach der Heilung hinsichtlich seines Selbstmordversuches bestand.

Sitzung vom 11. Juli 1890. (Le Progrès médic. 1890. Nro. 29.)

51) **Gilbert.** *Syphitis médullaire précoce.* Bei dem Kranken trat, nachdem einige Tage Rhachialgie bestanden hatte, plötzlich Blasenlähmung, Paraplegie, Abschwächung der Reflexe, Lähmung des Rectum, Verlust der thermischen Sensibilität, der Schmerzempfindung, des Tastsinns, des Kitzelgefühls, ferner halbe Erectionen, Oedem der untern Extremitäten und Unterdrückung der Schweisssecretion in den gelähmten Gliedern auf. Die Behandlung hat während zweier Monaten wenig Erfolg gehabt; die Lähmung der Glieder hat sich etwas gebessert, die Halberection sowie die Blasenlähmung haben sich gemindert, aber Muskulatrophie und Entartungsreaction sich eingestellt. Holtermann.

---

## VI. Aus der Medical Society of Virginia.

25. Jahres-Versammlung 2., 3. und 4. Septbr. 1890. (The Medic. Record 18. Octbr. 1890.)

52) **Stone's** (Lincoln): *Operative treatment of reflex neuroses.* Ein Vortrag über die Frauenkrankheiten und speciell die Frage, wann man in solchen Fällen operiren solle, gibt Veranlassung zu längerer Verhandlung auch über die Berechtigung der Ovariotomie und andere Operationen an der weiblichen Sexualorg. zur Heilung von Erkrankungen des Nervensystems. Harrison (New-York) lässt die Ovariotomie nur zu, wenn wirkliche, wenn auch nur geringe Structurveränderungen der Eierstöcke da sind. Mc. Guire (Richmond) nennt es ein Verbrechen, normale Ovarien wegen einer Nervenerkrankung herauszunehmen; auch kranke will er nur in solchen Fällen entfernt wissen, wenn alle anderen Mittel versagten. Ebenso äusserst sich White (Richmond). Carter Gray (New-York) sagt, dass die operative Behandlung der meisten Reflex-Neurosen, von Allen auch die Ovariotomie nur temporäre Erfolge habe und auch diese hingen zumeist nur von dem psychischen Eindrucke ab.

53) **Landon Carter Gray** (New-York) spricht über eine *chronische Form des Schwindels,* die bei Nicht-Neurosen gerade so gut vorkomme, wie bei Neurasthenikern, ihre Ursache in chronischen Verdauungsstörungen habe und gewöhnlich mit Lithämie (Ueberschuss von Harnsäure oder oxalsaurem Kalke) einhergehe. Als Heilmittel empfiehlt er einige Tropfen Acid. nitromuriatic. vor den Mahlzeiten, Sorge für Leibesöffnung durch Cascar. Sagrad., Pflanzenkost u. s. w., Mittel, denen er bei Neurasthenikern noch längere Bettruhe hinzufügt.

54) **Hunter Mc. Guire** (Richmond) berichtet über eine Reihe von Fällen, in denen er verschiedene Erkrankungen des Nervensystems (Paralysen, Apoplexien und andere Gehirnerkrankungen, Sclerosen des Rückenmarks) auf alte Urethral-Stricturen zurückführt. Er hält es für möglich, dass hier die reflectorische Reizung gewisser Nerventheile schliesslich zu dauernden pathologischen Veränderungen führe.

---

# IV. Tagesgeschichte.

— Zwei frühere eifrige Mitarbeiter des Centralblattes, die in letzter Zeit durch wachsende Amtsgeschäfte von activer Betheiligung an unserm Blatte zurückgehalten wurden, sind im Spätherbst kurz nacheinander gestorbeu Dem Director der *rheinischen Anstalt zu Grafenberg,* Dr. Jehn, der Ende October plötzlich starb, folgte am 5. November zu Meran Dr. Carl Waehner seit 5 Jahren Director der *Ostpreussischen Anstalt zu Allenberg* im Alter von 35 Jahren. Er hatte wenige Wochen vor seinem Tode Linderung einer schweren Lungenaffection im Süden gesucht, nachdém er schon Jahre lang mit bewundernswerther Ausdauer alle Kraft daran gesetzt hatte, trotz schwerer Leiden auf seinem Posten ununterbrochen auszuharren. Waehner ist nun seinem von einem noch schwereren Schicksale betroffenen Amtsvorgänger Jensen in den Tod voraufgegangen. Am 2. November starb in Kristiania Medicinaldirector L. V. Dahl, geboren 1826. Psychiater von 1855—1875, zuletzt Director der Anstalt zu Rotoold bei Drontheim, wurde er 1875 Director des norwegischen Medicinalwesens; Dahl hat zahlreiche psychiatrische, meist praktische Dinge betreffende Arbeiten verfasst, und war durch vielfache Studienreisen und eifrige Theilnahme an Congressen in ganz Europa bekannt.

— **Schlesische Provinzial-Irren-Anstalten.** Aus den Jahresberichten der Provinzial-Irren-Anstalten für das Jahr 1889/90 heben wir bezüglich der einzelnen Anstalten folgendes hervor: 1) Anstalt zu Leubus. Am Schlusse des Jahres 1888/89 befanden sich in der öffentlichen Anstalt 71 Männer 122 Frauen. Hierzu traten im Jahre 1889/90: 84 Männer und 122 Frauen. Davon kamen als geheilt, gebessert, ungeheilt und gestorben in Abgang 86 Männer und 119 Frauen. Es verblieben also Ende März 1890 im Bestande 69 Männer und 125 Frauen. Durchschnittlich wurden in 67005 Tagen täglich 183,58 Kranke verpflegt. Das Zuschussbedürfniss der Anstalt hat sich auf 94,272 M. gestellt, Durchschnittlich hat ein Pflegling 514 M. gekostet. Mit der Anstalt zu Leubus ist ein Pensions-Institut verbunden, welches von dem Beamtenpersonal der öffentlichen Anstalt mit verwaltet wird. Dasselbe hat dafür sowie für Geschäftsbedürfnisse und für die Mitunterhaltung der Gebäude einen Beitrag von 325 M. für den Pensionär und das Jahr zu entrichten. Dieser Beitrag hat im Berichtsjahr 13,894 M. betragen. Am Schlusse des Jahres 1889/90 blieben in diesem Institute im Bestande 23 Herren und 17 Damen. Dazu traten im Berichtsjahre 2 Herren und 10 Damen. Ausgeschieden sind 2 Herren 5 Damen, es blieben demnach Ende März 1890 im Bestaude 23 Herren und 22 Damen. Im Durchschnitt wurdeu in 15,571 Tagen 42,66 Personen verpflegt. — 2) Die Anstalt in Brieg. Ende März 1890 befanden sich in der Anstalt 149 Männer und 228 Frauen, aufgenommen wurden im Jahre 1889/90 27 Männer und 36 Frauen. Davon kamen als geheilt u. s. w. in Abgang 24 Männer und 37 Frauen, es verblieben also Ende März 1890 im Bestande 152 Männer und 227 Frauen. Durchschnittlich wurden in 135265 Tagen täglich 370,59 Kranke verpflegt. Zur Unterhaltung der Anstalt war seitens des Provinzial-Verbandes ein Zuschuss von 102826 M. erforderlich, durchschnittlilh hat ein Pflegling jährlich 277 M. gekostet. — 3) Anstalt in Bunzlau. Ende März 1890 befanden sich in der Anstalt 420 Männer und 302 Frauen, aufgenommen wurden im Berichtsjahre 82 Männer und 42 Frauen. Davon kamen als geheilt u. s. w. in Abgang 77 Männer und 38 Frauen, es verblieb demnach Ende März 1890 ein Bestand von 425 Männern und 306 Frauen, wovon sich 28 Männer in Familienpflege in Looswitz befanden. Durchschnittlich wurden in der Anstalt in 247964 Tagen täglich 679,35 Pfleglinge und in Familienpflege in 10928

Tagen täglich 29,94 Pfleglinge verpflegt. Es war für die Anstalt ein Zuschuss von 218175 M. erforderlich. Im Durchschnitt hat ein Pflegling 308 M. gekostet. — 4) Anstalt in Plagwitz. Die Anstalt ist durch zwei neue, noch im Bau begriffene Häuser, eins für 50 Männer, eins für Dienstwohnungen erweitert worden. Am Schlusse des Jahres 1888/89 verblieben im Bestande 123 Männer und 104 Frauen, aufgenommen wurden im Berichtsjahre 7 Männer und 9 Frauen, davon gingen ab als geheilt u. s. w. 6 Männer und 10 Frauen, es verblieben also Ende März 1890 im Bestande 124 Männer und 103 Frauen. Durchschnittlich wurden in 83409 Tagen täglich 228,51 Kranke verpflegt. Die Anstalt erforderte einen Zuschuss von 88774 Mk. Die Durchschnittskosten für einen Pflegling haben im Berichtsjahre 388 Mk. betragen. — 5) Anstalt in Kreuzburg. Von Erweiterungsbauten, mit welchen im Frühjahr 1888 begonnen worden ist, wurden im Laufe des Berichtsjahres das Waschhaus, die Dampfkesselanlage mit Dampfschornstein, der Um- und Ausbau eines Hauses auf dem „Colonie"-Hof für 40 männliche Pfleglinge, das Stallgebäude, die Wasserleitung, die Kochküche, der Umbau der bisherigen Maschinistenwohnung zu Werkstätten und der Wagen- und Kohlenschuppen fertiggestellt und zur Benutzung übergeben. Der Bau zweier Dorfhäuser auf der Colonie für die Colonisten ist im September 1890 vollendet worden. Die Ueberfüllung aller Anstalten der Provinzen zwang zu sofortiger Belegung der eben erst vollendeten Neubauten. Ende März 1889 verblieben im Bestande 172 Männer und 138 Frauen, aufgenommen wurden im Berichtsjahre 69 Männer und 34 Frauen; es gingen ab als geheilt u. s. w. 37 Männer und 23 Frauen, und es verblieben demnach Ende März 1890 im Bestande 204 Männer und 149 Frauen, zusammen 353 Kranke. Durchschnittlich wurden in 113 374 Tagen täglich 310,61 Kranke verpflegt. Ausserdem befanden sich Ende März 1890 18 Pensionäre in der Anstalt. An Pension ist für einen Pensionär der Betrag von 900 Mk. zu entrichten. Die Unterhaltungskosten für einen Pensionär haben im Berichtsjahr 625 Mk. betragen, es verblieb demnach ein Ueberschuss von 275 M. Das Zuschussbedürfniss der Anstalt bezifferte sich auf 113224 Mk. Durchschnittlich hat ein Pflegling 364 Mk. gekostet. — 6) Anstalt in Rybnik. Ende März 1890 waren im Bestande verblieben 330 Männer und 251 Frauen, hierzu traten im Berichtsjahre 72 Männer und 71 Frauen; davon gingen ab als geheilt u. s. w. 69 Männer und 65 Frauen, es verblieben demnach Ende März 1890 im Bestande 333 Männer und 257 Frauen, gleich 630 Kranke. Durchschnittlich wurden in der Anstalt in 221058 Verpflegungstagen täglich 605,64 Kranke verpflegt. Ausserdem befanden sich Ende März 1890 6 Pensionäre in der Anstalt. An Pension sind für einen Pensionär 900 Mk. zu entrichten. Die Unterhaltungskosten für einen Pensionär haben 544 Mk. betragen, sodass ein Ueberschuss von 356 Mk. für Jahr und Kopf verblieb. Es war für die Anstalt ein Zuschuss von 200748 Mk. erforderlich. Durchschnittlich hat ein Pflegling jährlich 331 Mark gekostet.

Schlesien mit seinen $4^1/_5$ Million Einwohnern hat somit 1889/90 zusammen im täglichen Durchschnitt 2400 Irre verpflegt, und dazn einen Zuschuss von 816000 Mark aus Provinzial-Fonds gegeben, mithin 340 Mark pro Kopf.

7. Daneben besteht noeh eine selbstständige Pfleg-Abtheilung für 200 Männer in den Räumen des Landarmenhauses zu Tost; die erst im Frühjahr 1890 eröffnet wurde und somit in obenerwähntem Jahresbericht nicht aufgenommen werden konnte. Es ist zur Kenntniss des schlesischen Irrenwesens interessant, der oben gegebenen Zahlen über die jährlichen Verpflegungskosten pro Kopf folgende Zahlen aus andern Anstalten des östlichen Deutschlands gegenüberzustellen. Wir wählen zum Vergleich

ein Jahr, in dem die Lebensmittelpreise, besonders die des Fleisches, erheblich niedriger waren als im Etatsjahre 1889/90

| | | Zahl der Kranken | Kosten per Kopf und Jahr |
|---|---|---|---|
| Schlesien 1889/90 | Leubus | 183 | 514 Mark |
| | Bunzlau | 679 | 308 „ |
| | Rybnik | 605 | 331 „ |
| | Kreuzburg | 353 | 364 „ |
| | Brieg | 370 | 277 „ |
| | Plagwitz | 228 | 388 „ |
| 1880/81 | Allenberg | 551 | 463 „ |
| | Sachsenberg | 464 | 467 „ |
| | Sorau | 378 | 485 „ |
| | Nietleben | 560 | 529 „ |
| | Schwetz | 368 | 356 „ |
| | Eberswalde | 706 | 573 „ |
| | Ueckermünde | 359 | 638 „ |
| | Owinsk | 329 | 846 „ |

K.

— **Revolte in Ville-Evrard.** — In dem Oktoberhefte der Annal méd. psychol. berichtet Marandon de Montyel über einen Aufstand von Geisteskranken in der Anstalt zu Ville-Evrard. Als auf der Abtheilung der unruhigen Kranken einer Morgens ein Bad bekommen sollte, weigerte er sich und auf ein von ihm gegebenes Zeichen fielen noch 5 andere Geisteskranke über die 3 Abtheilungswärter her. Nachdem letztere Verstärkung erhalten hatten, werden die Kranken wieder ruhig und nahmen auch ruhig ihr mittlerweile herbeigeschafftes Frühstück zu sich. Als aber nach kurzer Zeit die Anstaltsärzte hinzukamen, begannen die 6 Kranken von neuem den Kampf, wobei sie sich der Teller, Löffel und Speisen als Wurfgeschosse bedienten; dabei zeigte sich, dass es bei dem Streite überhaupt wesentlich nur auf die Aerzte abgesehen war, während die Kranken gegen die Wärter nichts vorhatten. Als sich infolgedessen die Aerzte schnell wieder entfernten, liefen ihnen nur zwei Irre nach, die von einander getrennt umringt und isolirt wurden. Die vier übrigen blieben nachher ruhig und wurden desshalb erst Abends, nachdem sie zu Bette gegangen waren isolirt. Von diesen 6 Kranken waren 2 Trunkenbolde, 1 Epileptiker, 1 moralisch Irrer und 2 Verrückte. Besonders der letztere Umstand ist auffallend, da sich ja sonst Verrückte gar nicht zu Complotten eignen. Der eine Verrückte, welcher zugleich hier Rädelsführer war, hatte schon 2 Jahre seine Verfolgungsideen ganz dissimulirt, und wurde darum von den andern als gesund angesehen, und als Mitverschwörer gern begrüsst. Dahingegen sprach der zweite Verrückte seine Grössenideen vollständig aus, ward deshalb auch von den andern nur als ausführendes Mitglied geduldet, während er dem ersten Verrückten willkommen war, da sich der Hass beider hauptsächlich gegen die Pfaffen richtete. Die vier erst genannten Kranken wurden in vier andere Irrenanstalten des gleichen Departements vertheilt. Im Anschluss daran macht M. mit grossem Rechte darauf aufmerksam, wie unrecht es sei in die gewöhnliche Irrenanstalt eine beliebig grosse Anzahl von Trunkenbolden, Epileptikern und Verbrechern (moralisch Irren) zu schicken wie dies seitens der Behörden geschieht. Derartige Patienten gohören in besondere Anstalten; dann sind auch keine Revolten in Irrenanstalten mehr zu befürchten.

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 Februar.** Neue Folge II. Band.


## I. Originalien.

### Ueber die Uebertragung von Psychosen.


Von Dr. HEINRICH SCHLÖSS,
Secundärarzt der Landes-Irrenanstalt Ybbs in Nieder-Oesterreich.


Die Anlagen und Bedürfnisse aller gesellig lebenden Thiere, welche Glieder einer Familie sind, verhalten sich gleich oder ähnlich. Leicht ruft die Thätigkeit eines thierischen Individuums in einem andern dieselbe oder eine ähnliche Aeusserung hervor. So kommt die Nachahmung zu Stande. Zirpt eine Grille, quakt ein Frosch oder singt ein Vogel, so ahmen seine Artgenossen das Beispiel nach. Die Processionsraupen haben einen Führer, dem sie folgen. Aendert der Führer die Richtung, so machen alle Folgenden an derselben Stelle dieselbe Wendung. Papageien, Staare und Raben ahmen selbst die Stimme des Menschen nach. Buffon erzählt sogar von Hunden, welche Worte sprachen. Froriep berichtet von einem Schimpansen, der zu sprechen versuchte, so oft man zu ihm sprach, dabei Grimassen schnitt, die Lippen verschob und heisere Laute ausstiess. Schmarda sah einen Wachtelhund, welcher gähnte, so oft man es ihm vormachte. Bei Fischen, Schafen und Pferden hat man Beobachtungen gemacht, welche beweisen, dass der Trieb, seinesgleichen nachzuahmen, den Thieren innewohnt.

Der Nachahmungstrieb des Menschen ist eine täglich zu beobachtende Erscheinung. Gähnen, Lachen und Weinen wirken gewissermassen ansteckend. Lebhafte Menschen ahmen unwillkürlich die Geberden Anderer nach. Hören wir Musik, so bewegen sich oft Hand oder Fuss im Takt, und gehen wir in Gesellschaft, so richten wir gerne den Schritt nach dem unseres Begleiters. Bei spielenden Kindern beobachten wir, wie die jüngeren ihre älteren Spielgenossen nachahmen.

Dass bei Selbstmorden einestheils der Einfluss des Beispiels, anderntheils der unwillkürliche Drang der Nachahmung eine grosse Rolle spielen,

ist eine bekannte und unverkennbare Sache. Wiederholt wurden an verschiedenen Orten förmliche Selbstmord-Epidemien beobachtet. Nicht nur die That an und für sich, sondern auch die Art der That und der Ort derselben lassen oft auf Nachahmung schliessen. Tilkowsky[1]) theilte einen für den praktischen Irrenarzt sehr belehrenden Fall mit, in welchem ein Verrückter einige Tage nach dem tragischen Ende des Königs von Bayern sich die Kehle durchschnitt und den Aerzten den Selbstmord des Königs geradezu als jenes Moment bezeichnete, welches den gleichen Entschluss in ihm zur Reife gebracht hatte.

Die Römer hiessen die Epilepsie morbus comitialis. Sie hielten sie für ansteckend, und wer daran litt, durfte Volksversammlungen nicht besuchen. Noch heute ist es ein Volksglaube, dass der Anblick eines von epileptischen Krämpfen Befallenen den gleichen Zustand hervorrufen könne. Diese Ansicht hat jedoch keine Berechtigung. Mir ist in der Literatur ein einziger Fall[2]) bekannt, in welchem zuerst beim Vater und dann beim Sohne Epilepsie unter so ähnlichen Begleiterscheinungen auftraten, dass, abgesehen von der beim Sohne zweifellos vorhanden gewesenen Veranlagung, der psychische Einfluss des Beispiels in Betracht gezogen werden könnte.

Sinkler[3]) beobachtete in zwei Familien im Ganzen 26 Mitglieder, welche von Veitstanz ergriffen wurden. Diller[4]) beobachtete, dass in einer Familie 12 Personen an derselben Affection erkrankt waren. Welcher Antheil in solchen Fällen der Heredität, und wie viel der Nachahmung zuzuschreiben ist, muss dahingestellt bleiben.

Die leichte Uebertragbarkeit hysterischer Erscheinungen ist bekannt. Nicht nur der Anblick, sondern die blosse Beschreibung von Schmerzen oder Krämpfen Anderer ruft bei Hysterischen oft die gleichen Erscheinungen hervor. Finkelnburg schreibt von den Hysterischen, sie „verbinden mit der ihren Zustand nosologisch charakterisirenden Steigerung der Reflexaction zugleich einen erhöhten Nachahmungstrieb".

Was die Uebertragung von Psychosen anbelangt, ist von mehreren Autoren, welche diesen Gegenstand bearbeitet haben, auf den zweifachen, im Wesentlichen verschiedenen Uebertragungsmodus aufmerksam gemacht worden. Wo es sich im Sinne Krafft-Ebings um Psychoneurosen handelt — namentlich bei Manie und Melancholie — muss man sich die Uebertragung dadurch erklären, dass eine beim secundär Erkrankten vorhandene Prädisposition durch die Erkrankung des primär Erkrankten zum Ausbruch der Psychose führt. Es giebt also die primäre Erkrankung sozusagen die Gelegenheitsursache für die secundäre Erkrankung ab, welch letztere auf dem Wege der Emotion entstanden ist.

Ein ganz anderes Verhältniss ist dort vorhanden, wo der systematisirte Inhalt von Psychosen durch Implantation der Wahnideen übertragen wird, wo es sich dann bei den secundär Erkrankten um das gleiche Wahnsystem handelt, welches allerdings nach seiner Fixirung selbständig weitergebaut

---

[1]) „Zur Casuistik der Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Geisteskranken" von Dr. A. Tilkowsky, Wr. med. Presse 1888 Nro. 35.

[2]) „Ueber psychische Infection" von Dr. Wollenberg, Archiv f. Psych., Bd. 20.

[3]) Siehe Journal of nerv. and ment. disease. Vol. XV Nro. 2.

[4]) Amer. Journal p. 585.

wird, sich dadurch in seinem weiteren Verlaufe modificirt und von dem Wahnsystem des primär Erkrankten mehr weniger entfernt.

Ich habe darauf Bedacht genommen, in welcher Zeit in den einzelnen Fällen eine Psychose von einer Person auf eine andere übertragen wird. Vorerst aber soll hier ein von Jörger[1]) angeführter Fall Erwähnung finden. Es erkrankten eine Schwester und drei Brüder. Die Schwester war nach dem Tode der Mutter anfangs deprimirt und wurde drei Wochen später tobsüchtig. Innerhalb acht Tagen erkrankten die drei Brüder. Es zeigten sich bei ihnen Hallucinationen und Wahnideen bei tobsüchtiger Erregung. Die Geschwister genasen. Nach ihrer Genesung gaben die Brüder übereinstimmend den Schrecken, den sie bei der plötzlich eingetretenen Tobsucht der Schwester empfunden hatten, als die Ursache ihrer Erkrankung an.

Ich habe unter 47 Fällen, in denen es sich um übertragene Psychosen handelt und die ich in der Literatur gesammelt habe, 24 Fälle gefunden, wo es sich im Sinne Krafft-Ebings um Psychoneurosen handelt. Darunter fand ich nur einen einzigen Fall, in welchem zwischen primärer und secundärer Erkrankung eine lange Zwischenzeit, nämlich drei Jahre, verstrich. In diesem von Finkelnburg mitgetheilten Falle erkrankte ein junger Bauer, welcher Pleuritis überstanden hatte, nach dem Besuche einer Lazaristenmission an Trübsinn mit religiösen Wahnideen. Erst nach drei Jahren erkrankte seine Schwester an Anfällen von Melancholie mit tobsüchtigen Paroxysmen. Ausserdem finde ich einmal sechs Monate, einmal fünf Monate, einmal zwei bis drei Monate als Zeitintervall zwischen primärer und secundärer Erkrankung angeführt.

In den übrigen Fällen ist blos eine Zwischenzeit von einem oder mehreren Tagen constatirt. Auffallend ist in dieser Beziehung der von Wollenberg aus einer französischen Zeitschrift citirte Fall, in welchem es sich um zwei Brüder und deren Familien handelt. Der eine Bruder erkrankte an einem wahrscheinlich epileptiformen Anfall. Er hörte Glocken läuten und glaubte seine letzte Stunde nahe. Unter seinem Einfluss erkrankten die übrigen Mitglieder der beiden Familien, und zwei Tage nach dem Beginne der Psychose des Ersterkrankten verlassen beide Familien, dreizehn Köpfe stark, das gemeinsame Haus, wandern vollkommen nackt auf der Gasse umher und besuchen endlich die Kirche, wo eben Messe gelesen wird.

In diesen Fällen handelt es sich um Uebertragung auf dem Wege der Emotion. Es scheint mir dort, wo eine Psychoneurose secundär erst lange nach der primären Erkrankung einsetzt, bei dem secundär Erkrankten erst allmälig ein Erschöpfungszustand des Gehirns sich zu entwickeln, welcher den Ausbruch der secundären Psychose ermöglicht. Auffallend ist mir, wie so in andern Fällen, welche weder Heredität noch irgend ein anderes zu Psychosen prädisponirendes Moment erkennen lassen, in überraschend kurzer Zeit eine Psychose sich von einer Person auf die andere überträgt.

In einem von Wille und Jörger beobachteten Falle handelt es sich um zwei Schwestern von 24 und 21 Jahren. Es ist weder hereditäre Belastung noch irgend ein zu Psychosen prädisponirendes Moment zu constatiren. Die ältere Schwester erkrankt eines Abends an tobsüchtiger Verworrenheit, die jüngere Schwester erkrankt noch in derselben Nacht auf gleiche Weise.

---

[1]) „Das inducirte Irresein“ von J. Jörger, Zeitschr. f. Psych., Bd. 45.

Wenn sich hier also auch ein prädisponirendes Moment nicht constatiren lässt, vorhanden scheint es doch zu sein. Dieser Umstand ist beachtenswerth.

In der Aetiologie der Geistesstörungen spielt die Heredität eine hervorragende Rolle. Der Centralapparat hereditär Belasteter birgt in seiner Beschaffenheit entweder schon die Bedingungen abnormer Aeusserung, oder letztere entwickeln sich allmälig und unabhängig von Aussen. Nur Materielles wird erblich übertragen. Darwin hat gezeigt, wie theils bestimmte Charaktere, theils die Disposition zur Entwicklung bestimmter Charaktere von den Alten auf die Jungen, also erblich übertragen werden. Wenn wir in der Psychiatrie von hereditärer Disposition sprechen, so heisst das, einem Menschen ist eine abnorme organische Beschaffenheit des Gehirns angeboren, gleichgiltig ob diese abnorme Beschaffenheit sich von Jugend auf abnorm äussert oder nicht. Merkwürdig bleibt aber der Umstand, dass trotz gemeinsamer abnormer Veranlagung bei Geschwistern sich in der Ascendenz oft kein Anhaltspunkt für eine hereditäre Disposition ergiebt.

Euphrat[1]) führt Fälle gleichzeitiger Psychosen bei Zwillingen an, welche Psychosen „gleichen Charakter, gleiche Delirien und gleiche Hallucinationen darboten". Wenn derselbe Autor uns einen Fall von gleichzeitigem Morbus Brightii, einen andern von gleichzeitiger Erkrankung an Asthma bronchiale, endlich einen Fall von gleichzeitiger Leukämia splenica bei Zwillingen citirt, so müssen wir daran denken, dass eine gemeinsame angeborene organische Disposition diesen gleichzeitigen Erkrankungen zu Grunde liege. Nur so kann z. B. der von Euphrat citirte Fall von Flintoff Mickle erklärt werden, in welchem zwei Zwillingsschwestern räumlich getrennt und zu verschiedenen Zeiten an der gleichen Psychose erkranken.

Das Auftreten identischer, doch nicht infectiöser Krankheiten bei Geschwistern lässt gleiche, auf Anlage und äussere Verhältnisse bezügliche Einflüsse annehmen. Wo aber die äusseren Verhältnisse verschieden sind, bleibt nur die Annahme einer gemeinsamen Anlage übrig. Jung[2]) zählte unter 63 Fällen, in welchen Geschwister an Geisteskrankheit oder dieser verwandten Zuständen litten, dieselbe Form der Störung bei Bruder und Schwester 18 Mal und 7 Mal eine ähnliche Störung. Unter 46 Fällen, in denen Bruder und Schwester erkrankt waren, fand sich dieselbe Form der Störung 12 Mal. An anderer Stelle zählt Jung 44 Fälle auf, in welchen Geschwister zeitlich um 1—17 Jahre (5 auch räumlich) getrennt an Psychosen erkrankten, und zwar war 28 Mal die gleiche Psychose bei den Geschwistern vorhanden. Wenn bei Geschwistern zeitlich getrennte identische Psychosen auftreten, so lässt sich auf eine den Trägern dieser Psychosen gemeinsame identische Veränderung im Centralorgan schliessen. Der gemeinsame Einfluss äusserer Verhältnisse und der psychische Einfluss des Einen auf das Andere entfallen dann.

---

Es möge hier die Krankengeschichte zweier Brüder Platz finden. Der Aeltere, geboren 1845, kam im Jahre 1881 in die Anstalt. Er ist gelernter Zimmermann, ledig und lebte bei seinen Eltern. In seiner Verwandtschaft

[1]) „Ueber das Zwillingsirresein" von Dr. H. Euphrat, Ztschr. f. Psych., Bd. 44.

[2]) „Untersuchungen über die Erblichkeit der Seelenstörungen" von Dr. Jung, Ztschr. f. Psych., Bd. 21.

ist nie ein Fall von Geistesstörung vorgekommen, die Eltern des Patienten sind gesund, trotz ihres Alters rüstig und arbeitsfähig. Der Kranke lebte in glücklichen häuslichen Verhältnissen, war mit Ausnahme eines vor circa 13 Jahren überstandenen Anfalles von Wechselfieber stets gesund gewesen. Eine Schädelverletzung hat nie stattgefunden, seine Geburt war eine leichte gewesen. Der Kranke war früher ein fleissiger, gutmüthiger, nüchterner Mann gewesen. Im Jahre 1874 verliebte er sich, das Verhältniss zerschlug sich jedoch wieder. Nach diesem Ereigniss wollen seine Eltern ihn eigenthümlich gefunden haben. Er gab nämlich vor, seine Verwandten wollten das Haus der Eltern, welches auf seinen Namen geschrieben war, ihm wieder abstreiten. Diese seine Ansicht gedieh allmählich bei ihm zur festen Ueberzeugung, doch blieb er dabei ruhig und fleissig wie bisher bis zum Frühling des Jahres 1881. Damals wurde er misstrauisch, aufgeregt, unwirsch, arbeitete nicht mehr in seinem Beruf und las nur in einem juridischen, für seinen Bildungsgrad ganz unverständlichen Buche. Dem gütigen Zureden seiner Eltern setzte er Drohungen und selbst Thätlichkeiten entgegen. In der Anstalt entwickelte er seine Verfolgungs- und Grössenwahnideen. Man gebe ihm etwas in die Speisen, damit er verliebt werde, zuweilen auch ein Brechmittel. Er mache das Wetter, man wisse es, dass er mit seinem Hauch die Wolken bilde, aber eben, weil er der Wettermacher sei, streite man ihm sein Haus ab, damit er vom Wettermachen lebe.

Seit neun Jahren ist der Kranke nunmehr in der Anstalt. Sein psychischer Zustand ist unverändert geblieben. Er arbeitet fleissig und verhält sich ruhig, doch will er von Zeit zu Zeit seine Abtheilung wechseln, weil man ihm bald die Zähne herausnimmt und künstliche einsetzt, bald seine Hoden mit „epileptischen“ oder bleiernen Hoden vertauscht. Er will hinaus, weil der Kaiser mit dem Papst die Welt überschwemmen will, damit es weniger Sprachen gebe. Auf dieses Complot sei er gekommen.

Der Bruder Anton W., geboren 1854, ledig, Schuhmacher, wurde im Januar 1886 in die Anstalt aufgenommen. Patient war nach Angabe seiner Eltern seit sechs Monaten geisteskrank und zwar nach ihrer Meinung deswegen, weil er unschuldig verhaftet worden war. Man hatte ihn allerdings sofort wieder aus der Haft entlassen, dennoch soll das Ereigniss ihn sehr erschreckt haben.

Patient war in seiner Kindheit ernstlich krank gewesen, indem er im achten Jahre Blattern überstand. Er war seit jeher still und schweigsam. Nach seiner Verhaftung änderte sich sein Zustand auffallend. Er kauerte oft stundenlang in einer Ecke und sah unverwandt auf denselben Gegenstand. Auf Fragen gab er keine oder nach langem Besinnen eine drohende Antwort. Er erkannte ihm sonst wohlbekannte Personen nicht, ebenso sah er auf den im Zimmer hängenden Bildern andere Personen und Gegenstände. Sein Hass richtete sich gegen sämmtliche Parteien des Hauses. Er zertrümmerte auch die Wohnungsthür einer Partei, und wollte bei einer andern ins Fenster steigen, zu welchem Zweck er schon eine Leiter angelegt hatte. Wiederholt wurde er gegen seine nächsten Angehörigen aggressiv. Der Kranke, der sich noch gegenwärtig hier befindet, ist völlig verworren, verkennt die Personen, spricht unzusammenhängende Worte vor sich hin, reagirt auf keine Frage, wird mitunter ohne Grund aggressiv, misshandelt sich oft selbst, indem er sich die Haare büschelweis ausreisst oder mit den Nägeln die Haut seines Gesichtes abschält.

Es handelt sich also hier um zwei Brüder, bei welchen weder Heredität noch irgend ein anderes Moment herangezogen werden könnte, auf welches eine Psychose sonst zurückgeführt wird. Der Eine erkrankt im Anschluss an ein unglückliches Liebesverhältniss, der Andere nach einer nicht verschuldeten Verhaftung. Das sind Ereignisse, die wohl nur dann den Ausbruch einer Geistesstörung hervorrufen können, wenn das Centralorgan zu einer solchen disponirt ist. Hier liegt die Annahme nahe, dass den beiden Brüdern eine abnorme Beschaffenheit des Gehirnes angeboren wurde.

Wenn manche Autoren die Grenze der Heredität enger gesteckt haben, weil sie die Thatsache, dass nur Materielles erblich übertragbar ist, in Erwägung gezogen haben, so ist anderntheils nicht zu leugnen, dass eine angeborne Disposition zu Psychosen den Kindern von den Eltern überkommen kann, ohne dass in der Ascendenz Geistesstörungen vorhanden waren.

Ist eine solche Disposition zu Psychosen einmal vorhanden, so genügt leicht ein Ereigniss, um eine Psychose zum Ausbruch gelangen zu lassen. Bei den übertragenen Psychosen ist bei dem secundär Erkrankten eine solche Disposition vorhanden und die Psychose des Ersterkrankten führt zum Ausbruch der Geistesstörung, wozu jede andere Gelegenheitsursache ebenso geführt hätte.

Abgesehen von einer vorhandenen Disposition scheint der Nachahmung eine wichtige Rolle zuzufallen. Der Nachahmungstrieb ist, wie gezeigt wurde, schon bei Thieren zu constatiren und sein Vorhandensein beim Menschen eine leicht zu beobachtende Sache. Was seine Mitwirkung bei der Uebertragung von Psychosen anbelangt, zeigt sich in dem Umstand, dass in allen diesen Fällen ein gleicher oder ähnlicher psychopathischer Zustand, welchen der primär Erkrankte zeigt, auch beim secundär Erkrankten entsteht. Wo Wahnsysteme auf dem Wege der Implantation entstehen, bekundet sich der Nachahmungstrieb in der Annahme des Wahnsystems. Aber auch bei Melancholie und Manie bleibt der Nachahmung eine bedeutende Rolle. Der Jammer über die tobsüchtige Erregung des Kindes führt eine Mutter nicht zur Melancholie, sondern zur Tobsucht. Es handelt sich also auch bei der Uebertragung durch Emotion nicht nur um die Existenz der primären Psychose, wie bisher die Autoren behauptet haben, sondern auch um den Inhalt derselben. Finkelnburg erzählt, dafs ein im Erregungsstadium befindlicher Paralytiker bei seiner hereditär nicht belasteten Frau eine Manie veranlasste, welche zur Heilung führte. In einem von Werner erzählten Falle erkrankt eine Frau an progressiver Paralyse, die zuerst in Form einer Melancholie, dann in der einer Paranoia auftritt, worauf sich endlich die Paralyse entpuppt. Der erblich nicht belastete nüchterne Mann erkrankt an Melancholie, als eben noch die Frau an melancholischer Verstimmung leidet. Bei übertragenen Psychosen wird daher stets, auf welchem Wege immer die Uebertragung stattgefunden hat, der Inhalt der primären Psychose für den der secundären Psychose massgebend sein. Unter 47 Fällen habe ich keinen einzigen gefunden, der dieser Annahme widerspricht.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass wir uns im socialen Verkehr zu jenen Individuen mehr hingezogen fühlen, welche in Bezug auf Neigungen, Temperament, Ideen und Wünschen mit uns harmoniren. So finden wir denn auch in allen Fällen von Uebertragung sporadischen Irreseins, dass ein Band geistiger Sympathie die betroffenen Individuen verbindet.

Unter Blutsverwandten sind nicht nur die Gemüthsbeziehungen in vielen Fällen enge, so dass die Uebertragung normaler und krankhafter Seelenstimmungen, Lebensanschauungen und Ansichten leichter stattfindet, es ist auch eine eventuell vorhandene gemeinsame Disposition annehmbar, welche die Uebertragung der Psychose des Einen auf einen oder mehrere Andere vermittelt und ihr eine organische Begründung verleiht. Doch scheint mir das erstere Moment bei weitem wichtiger zu sein. Die durch das Band geistiger Sympathie bedingte Gefahr psychopathischer Nachahmung bewirkt, dass die Uebertragung von Psychosen unter Eheleuten keineswegs selten ist. Unter den oben citirten 47 Fällen fand ich siebenmal die Uebertragung einer Psychose vom Manne auf seine Frau und dreimal von der Frau auf ihren Mann. Einmal übertrug sich die Psychose von einem Mädchen auf dessen Geliebten, zweimal fand die Uebertragung von Geisteskranken auf Krankenpflegerinnen statt und in zwei Fällen nahmen befreundete Frauen die Psychose von Ersterkrankten an.

So sehen wir denn in einer entweder angeborenen oder erworbenen psychopathischen Disposition der Secundärerkrankten, ferner in dem dem Menschen innewohnenden Nachahmungstrieb und endlich in dem Bande geistiger Sympathie, welches die von der übertragenen Psychose betroffenen Personen mit dem Ersterkrankten verbindet, jene Momente, welche die Uebertragung einer Psychose von einer Person auf eine oder mehrere andere Personen vermitteln.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, zwei Fälle übertragener Psychosen anzuführen. Für die gütige Ueberlassung dieser Fälle spreche ich meinem verehrten Chef, Herrn Director Dr. Langwieser, an dieser Stelle meinen Dank aus.

### Erster Fall.

Am 8. März 1889 wurde der Bauer Josef A., geb. 1831, Witwer, aus G. gebürtig, in die Landesirrenanstalt zu Ybbs aufgenommen. Gleichzeitig mit ihm wurden seine Kinder Johanna (27 Jahre alt), Leopold (26 Jahre alt), Anna (23 Jahre alt) und Barbara (22 Jahre alt) in die Irrenanstalt gebracht.

Das von dem Bezirksarzte ausgestellte Parere erklärte sämmtliche Kranke vom religiösen Wahnsinn befallen. „Sie hielten sich durch mehrere Tage in ihrem Zimmer eingesperrt, nahmen keine Nahrung zu sich, beteten fortwährend, sangen geistliche Lieder, wollten für Gott sterben und glaubten, dass alle Menschen vom Teufel besessen seien. Wenn fremde Personen in das Zimmer wollten, schossen sie auf dieselben und schleuderten alle möglichen Gegenstände nach ihnen.“

Die Einbringung der geisteskranken Familie erfolgte unter schwierigen Umständen. Ein aus der Irrenanstalt herbeigerufener Arzt, der in Begleitung zweier Pfleger der Anstalt erschien, sah sich mit diesen an seinem Leben gefährdet. Es wurde aus dem Hause geschossen, doch endlich sprengte man das Thor und bemächtigte sich der Kranken, welche sofort in die Irrenanstalt überführt wurden. — Die Mutter der genannten geisteskranken Kinder und Gattin des Bauers Josef A. war im Jahre 1881 in Folge eines eingeklemmten Bruches gestorben. Sie soll zeitweilig erregt und in ihrem Benehmen oft eigenthümlich gewesen sein. Als sie zuletzt erkrankte, liess sie sich von keinem Arzt untersuchen. Der Bauer Josef A. war häufig betrunken

und excedirte auch manchmal im Rausche. Die Geschwister waren sich in hohem Grade zugethan, liebten sich gegenseitig und ihren Vater schwärmerisch. Die Familie galt als übertrieben religiös, was jedoch nicht hinderte, dass die männlichen Mitglieder derselben — wie sich später herausstellte — Wilddieberei trieben, während die Töchter Barbara und Anna, erstere im September, letztere im November 1888 je ein ausserehelliches Kind gebaren. Das Kind der Barbara starb wenige Wochen nach der Geburt an Fraisen, das Kind der Anna starb schon am vierten Lebenstage gleichfalls an Fraisen. Anna selbst gab später einmal an, dass sie am zweiten Tage nach der Entbindung, als das Kind heftig schrie und Niemand zugegen war, aus dem Bette stieg, um für das Kind Tücher zu wärmen. Sie selbst war während dieser Handlung im Hemd und barfuss. Als sie wieder ins Bett zurückkehrte, überfiel sie ein Schüttelfrost und von dieser Zeit an datirt sie ihre Krankheit. Sie glaubt, damals durch etliche Tage gefiebert zu haben. Sie verspürte schon in der Nacht nach dem Schüttelfrost ein eigenthümliches Brennen in der Magengegend und ein Ziehen, welches, von der Gebärmutter ausgehend, nach oben ausstrahlte. Dabei war es ihr, „wie wenn eine Kugel im Halse stecke", so dass sie zu ersticken befürchtete. Ausserdem stellte sich in dieser Nacht eine unsägliche Angst ein. Es war ihr, „wie wenn Seele und Leib nur mehr durch einen Zwirnfaden zusammenhingen". Sie glaubte von einem unheilbaren Leiden befallen zu sein und betete viel. Alle diese Erscheinungen hielten mit wechselnder Intensität während der folgenden Monate an. Der Vater und die Geschwister sprachen ihr stets Trost zu und suchten ihr die Meinung, dass sie unheilbar erkrankt sei, auszureden. Am 27. Februar 1889 sprach die Kranke den Wunsch aus, zu dem praktischen Arzte W. nach S. gebracht zu werden. Diesen wollte sie consultiren. Der Bruder Leopold fuhr mit ihr nach S. Der Arzt liess sich von Anna ihren Zustand schildern, schüttelte wiederholt den Kopf und machte dazu eine sehr bedenkliche Miene. Er erklärte ihr unumwunden, dass sie von einem schweren Leiden befallen sei, welches „in Brand übergehen werde"; den Bruder Leopold zog er bei Seite und äusserte sich dahin, dass die Krankheit rapid zum Tode führen könne, „man könne ihr Ableben leicht übersehen", welchen Ausdruck Leopold seiner Schwester alsbald mittheilte. Dieser Bescheid des Arztes erschütterte die Kranke auf das Tiefste. Während der Fahrt nach Hause drängte sie zuerst ihren Bruder, im nächsten Orte zu halten, damit sie gleich dort beichten könne, denn sie komme vielleicht nicht mehr lebend nach Hause. Der Bruder aber schlug in die Pferde, um möglichst rasch nach Hause zu kommen. Daheim angekommen, legte sich Anna sofort zu Bette. Die ganze Familie war über den traurigen Bescheid des Arztes tief erschüttert. Der Sohn eines Nachbars spannte ein Pferd ein und jagte ins Pfarrdorf, um den Arzt H. und gleichzeitig den Priester zum Versehen zu holen. Beide kamen. Der Arzt wies die übertriebene Aengstlichkeit der Kranken und ihrer Anverwandten schroff zurück und verliess nach kaum fünf Minuten das Haus. Die Patientin erklärte später, dass die oberflächliche Untersuchung des Arztes H. und seine barsche Zurechtweisung sie tief erschüttert hätten. Hatte sie doch eben früher aus dem Munde des Arztes W. ihr Todesurtheil vernommen! Der Priester spendete die Sterbesacramente. Während dieser Handlung weinten die Angehörigen der Kranken bitterlich. Als sich dieser eine Nachbarin näherte und, wahrscheinlich um ihr Trost zu spenden, die Gefährlichkeit ihres Zu-

standes bezweifelte, wurde sie von der Kranken mit grosser Gereiztheit zurückgewiesen. Eine Anverwandte, welche auf die Nachricht von Anna's schwerer Erkrankung herbeieilte, forderte die Kranke auf, ihr verschiedene Gebete nachzusprechen, die sie vorlas. Im Verlaufe der Nacht erhob sich Anna plötzlich und begann zu predigen. Sie erzählte später, ein unbezwingbarer innerer Drang hätte sie dazu getrieben, zu predigen. Sie schrie mit lauter Stimme und liess sich weder durch die Geschwister noch durch ihren Vater, welcher noch der Energischste gewesen sein soll, abhalten. Sie veranlasste Vater und Geschwister mitzubeten, auch Nachbarsleute wurden herbeigerufen und beteten mit. Eine Nachbarin brachte ein Gebetbuch, worin „kräftige Vorbereitungsgebete zum Sterben" enthalten waren. Auch war in dem Gebetbuch darauf hingewiesen, dass man, um selig zu werden, dreimal die Sterbesacramente empfangen müsse.

Am 1. März holte Johanna wieder den Priester, damit dieser Anna abermals die Sterbesacramente spende, denn dreimal — das glaubte die ganze Familie — müsse man versehen werden, um selig zu werden. Der Priester sagte zu, um 4 Uhr Nachmittags die Kranke zu besuchen, wurde jedoch schon zur Mittagszeit von dem Bruder der Kranken, Leopold, gerufen. Leopold äusserte sich schon während der Fahrt dem Priester gegenüber, es müsse bei der Krankheit der Schwester Hexerei im Spiele sein, und blieb trotz der Einwendungen des Priesters bei seiner Meinung. Anna lag im Bette, betete aus dem alten Gebetbuch, im Zimmer brannten mehrere Wachskerzen. Der Priester löschte diese aus, nahm der Kranken das Gebetbuch weg und sprach ihr vernünftig zu, beredete sie auch, da sie durch Fasten ganz entkräftet war, Suppe zu sich zu nehmen. Sie wurde frischer, sprach stellenweise vernünftiger, streute aber doch noch Bemerkungen ein, welche krankhaft waren. Beim Scheiden des Priesters meinte sie, der morgige Tag werde ihr bestimmt zeigen, ob sie gesund werde oder sterben müsse.

Am 3. März wurde der Priester schon um $^1/_2$4 Uhr Morgens vom Bruder Leopold A. gerufen. Auf der Fahrt zur Kranken äusserte Leopold, er halte die Firmpathin der Anna für eine Hexe und glaube, diese habe es Anna und den Geschwistern angethan. Als der Priester zur Kranken kam, fand er nebst dieser auch die Schwester Johanna im Bette. Beide hatten Sterbekerzen in der Hand. Sie klagten, dass es sie oft im Halse zusammenschnüre, dass sie fast ersticken müssten. Das müsse Hexerei sein, und die eben anwesende Firmpathin Anna's wurde von beiden Schwestern als die Hexe bezeichnet. Während eines solchen Erstickungsanfalles waren Anna und Johanna mit brennenden Lichtern in den Stall gelaufen. Sie behaupteten Beide, beständigen Brandgeruch zu verspüren, und meinten deswegen, bei Anna trete schon „der Brand" ein, wie der Arzt vorhergesagt habe. Anna hatte in der Nacht zwei Stunden gepredigt und dabei ohrenzerreissend geschrieen; sie hatte ihre Firmpathin als Hexe bezeichnet und im Verein mit Johanna unter Drohungen aus dem Zimmer vertrieben. Johanna hatte, um den bösen Geist, der im Halse spukte, zu bannen, Palmkätzchen geschluckt und Weihwasser getrunken. Die Schwester Barbara befand sich ausser Bett, klagte jedoch gleichfalls über zeitweiliges Zusammenschnüren im Halse, ohne auf die Wahnideen der Schwestern einzugehen. Leopold empfand das Zusammenschnüren im Halse nicht, war aber vollkommen überzeugt, dass hier Hexerei im Spiele sei und vertheidigte die Wahnideen seiner Schwestern

Anna und Johanna. Der Vater erschien geistig und körperlich vollkommen gesund, schalt die Kinder tüchtig aus und unterstützte den Priester in dessen Bestreben, den jungen Leuten ihren Aberglauben auszureden. Mit Anna war nichts mehr zu machen, aber Johanna stand auf das energische Verlangen des Priesters auf, fiel der Firmpathin Anna's um den Hals und bat sie flehentlich um Verzeihung.

Der Priester fuhr mit Leopold, den das energische Auftreten des Geistlichen sehr verdrossen hatte, zurück. Auf der Fahrt bestellte Leopold den Arzt H. um 1/26 Uhr ins Haus. Als der Arzt kam, wurde er in das Haus nicht mehr eingelassen. Die Geschwister hatten, als der Priester sie verlassen hatte, sich zur Ruhe begeben. Bald aber nachdem Leopold zurückgekommen war, wurden sie unruhig, beschimpften die Firmpathin und trieben sie aus dem Hause. Dies geschah so plötzlich, dass diese im Hemd auslaufen musste. Ihre Kleider wurden vor das Thor geworfen, von wo sie später ein Nachbar holte.

Erst am 8. März drang man in das Haus. Bis dahin war dieses verschlossen gewesen. Wenn sich Leute den Fenstern näherten, schoss Leopold auf sie mit Weihwasser und Palmkätzchen. Nur ein einziges Mal hatten die Geisteskranken das Fenster geöffnet und von einem vorübergehenden Nachbarn Weihwasser verlangt, welches ihnen auch gebracht worden war.

Als man am 8. März in das Haus eindrang, fand man auch den Vater von der Psychose ergriffen. Da sich sämmtliche Kranke heftig wehrten — Leopold hatte sogar geschossen —, wurden sie in Zwangsjacken gelegt und auf einem Wagen in die Anstalt transportirt.

Der Vater Josef A. beruhigte sich bereits während des Transportes in die Anstalt, bat, man möge ihm die Zwangsjacke abnehmen, was ihm auch gewährt wurde.

Nach seiner Aufnahme verhielt er sich ruhig, und erkundigte sich, wo und wie seine Kinder untergebracht seien. Er zeigte sich vollkommen orientirt und erzählte, dass er lange seinen Kindern Widerstand geleistet habe, doch diese setzten ihm fortwährend zu, verwehrten ihm, die Stube zu verlassen, versteckten ihn ins Bett. Der Anblick ihrer Angst und das fortwährende Zureden brachten ihn dahin, dass er sich endlich selbst fürchtete und anfangs zweifelnd, allmählich aber überzeugt der Meinung seiner Kinder beipflichtete, dass hier eine Hexerei im Spiele sei und dass sie von den Freimaurern verfolgt werden. Nun aber kenne er sich wieder vollkommen aus. Er meinte, es wäre wohl am besten gewesen, wenn man die Tochter Anna schon früher in die Anstalt gegeben hätte, dann wäre das Unglück nicht so gross geworden. Ueberhaupt hätte er mit den Kindern strenger verfahren sollen.

Im Laufe der nächsten Wochen verhielt sich der Kranke gleichmässig ruhig. Er war still und sprach nicht gern viel, betete zuweilen und erkundigte sich oft nach seinen Kindern. Er war voll Sorge um sein Hauswesen und bat wiederholt, ihn mit Rücksicht auf seine ganz verwaiste Wirthschaft bald zu entlassen.

Am 6. April 1889 erfolgte seine Entlassung aus der Anstalt als geheilt.

Die älteste Tochter Johanna brauchte, nachdem sie in die Irrenanstalt aufgenommen worden war, mehrere Tage, bis sie soweit klar wurde, dass eine Besprechung mit ihr möglich war. Sie erzählte, dass die im Jahre 1881 verstorbene Mutter eine eigenthümliche Frau gewesen sei, die zeit-

weilig recht erregt war. Der Vater sei oft betrunken gewesen und habe im Rausch excedirt. Sie selbst, die älteste Tochter, sei niemals ernstlich krank gewesen, doch sei sie stets schwach und kränklich.

Die Erkrankung Anna's erzählte sie übereinstimmend mit dem bereits oben Beschriebenen. Anna sei, als sie vom Arzte W. das ungünstige Urtheil erfahren hatte, zu Hause angekommen, gleich zu Bette gegangen, und habe um den Priester geschickt. Nachdem ihr dieser die Sterbesacramente gespendet, betete sie fortwährend und forderte auch Vater und Geschwister zum Beten auf. In der Nacht predigte sie durch zwei Stunden. In den nächsten Tagen betete sie fortwährend, liess sich noch zweimal versehen, sprach oft ganz verwirrt vom Teufel, von Freimaurern, die ihnen nach dem Leben trachten, dass das ganze Haus verhext sei, dass zwei Nachbarinnen sich mit Zauberei abgeben, dass durch die Zaubereien schon der Viehstand gelitten habe etc. Oefters habe sie laut gepredigt.

Johanna giebt weiter an, dass sie und die Geschwister die Angaben Anna's, als auf Wahrheit beruhend, ansahen und somit nicht in der Lage waren, dieselben als den Ausfluss einer geistigen Störung zu erkennen. Als die Schwestern eine nach der andern eine Kugel im Halse spürten, hielten sie sich für verhext, glaubten, der Teufel habe sein Spiel dabei und nahmen in rascher Folge alle krankhaften Vorstellungen der zuerst Erkrankten an.

Nach den Angaben Johanna's war die Schwester Barbara, welche mit Anna in einem Bette schlief, diejenige, welche nach Anna zuerst erkrankte und sich von deren Verhalten hinreissen liess. In der Nacht vom 3. auf den 4. März verliessen Anna und Barbara plötzlich das Bett und eilten in den Stall. Die übrige Familie ging nach. Man fand Anna und Barbara im Stalle ängstlich auf einem Schemel sitzend, sie äusserten Furcht, dass man ihnen im Zimmer nach dem Leben trachte. In diesem Moment erkrankte sie (Johanna) selbst. Sie wollte reden, konnte aber keinen Laut hervorbringen. Es schnürte ihr die Brust zusammen, so dass sie fast den Athem verlor, ausserdem hatte sie das Gefühl, wie wenn der Hals zusammengeschnürt wäre. Sie wurde im hohen Grade ängstlich, hielt sich für verhext, sah sich in ihrem Leben bedroht, und wagte es nicht mehr, vor die Thüre hinauszugehen. In den nächsten Tagen bekam sie wiederholt Ohnmachtsanfälle.

Nach ihrer Aufnahme in die Anstalt brauchte es etliche Tage, bis sie völlig klar wurde. Bei wiederholten späteren Unterredungen bekundete sie eine vollkommene Einsicht in Bezug auf den überstandenen Zustand und erklärte ihr damaliges Verhalten als „Unsinn". Sie beschäftigte sich fleissig mit Handarbeiten. Da sie den Eindruck machte, vollständig genesen zu sein, wurde sie gleichzeitig mit ihrem Vater am 6. April 1889 entlassen.

Am 15. April erhielt die Bezirkshauptmannschaft von dem Bürgermeister jener Gemeinde, in der die Familie A. ansässig war, eine Zuschrift, worin die abermalige Erkrankung der eben erst entlassenen Johanna angezeigt wurde. In dieser Zuschrift heisst es:

„Nachdem sich hier das Gerücht verbreitet, dass Johanna A. wieder in ihren Wahn verfallen sei, begab ich mich gestern nach dem Wallnerhof, dem Besitz der Familie A., behufs diesbezüglicher Erhebung. Im Hause des S. zu G., wo ich vorbeiging, waren gerade die Gemeindeausschüsse L. und H. anwesend, welche mich zum Hause des Josef A. begleiteten.

„Es war Abends und als wir dort ankamen, betete Josef A. mit seiner Tochter Johanna das übliche Tischgebet. Nach Vollendung des Gebetes klopften wir an die Hausthüre. Allsogleich begann im Hause die Tochter Johanna mit voller Kraft zu schreien: ‚Himmelsaiten ist heute gar keine Ruh' und kein Fried'; untersteh' sich der Vater ja nicht, dass er aufmacht.'

„Ich ging nun, während Johanna fortwährend schrie, zu einem Fenster der Wohnstube und redete dem Josef A. zu, er möchte aufmachen. Derselbe fuhr sogleich seine Tochter barsch an, sie möge ruhig sein, es sei der Bürgermeister da, und möchte herein. Zugleich schickte er sich an, zur Hausthüre zu gehen, um aufzumachen.

„Trotzdem sperrte die Tochter die Hausthüre mit einem Schlosse ab, worauf der Vater sie mit Gewalt von der Hausthüre stiess und aufsperrte.

„Nachdem die Thüre offen war, ging Johanna noch nicht von der Stelle und wehrte den Eingang mit einem Gehstock ab. Mein Begleiter L. drang auf sie ein und wir gingen ins Haus. Sie aber schrie aufgeregt und mit voller Kraft, wir hätten hier nichts zu thun, sie liesse sich von Niemandem etwas sagen, sie thue, was ihr beliebe, sie werde ihren Schwur mit unserem Herrgott nicht brechen, sie habe ihm die Hand gegeben.

„Wir dürften eine Stunde dort gewesen sein und redeten ihr gut und ernst zu, sie möchte doch von ihren verfehlten Ideen ablassen, allein es half nichts; sie liess sich, obwohl sie mitunter auf wenige Augenblicke ruhig war, nichts einreden, sondern schaffte uns fortwährend weg mit der Begründung, wir hätten im Hause keine Macht, die Allmacht Gottes sei bei ihr, wir werden bei ihr nicht geduldet, sie thue, was Gott befehle. In ihren sonstigen Reden erschien sie klar, sie erkannte uns, gab richtige Antworten, war auf alle Fragen gefasst und wusste das Vergangene genau.

„Unter Anderem sagte sie, wenn wir glauben, dass sie ein Narr sei, so gehe sie gleich in das Narrenhaus, dort habe sie es recht gut gehabt. Sie machte tolle Geberden, sprach immer von der Allmacht Gottes und rief Gott sehr oft an.

„In ihrer Aufregung schrie sie uns zu, wir sollten sie mit unserem Zureden noch vier bis fünf Tage in Ruhe lassen, es werde ohnedies wieder anders. Als wir dies versprachen, war sie wieder nicht einverstanden und gab zur Antwort, wir würden schon sehen, wie lange es noch dauere.

„Der Vater Josef A. erschien ganz geistesgesund, sprach ihr zu, war aber ohne allen Einfluss auf seine Tochter.

„Auf dem Rückwege vom Wallnerhof begegnete ich der Ehegattin des Urban F. zu R., welche mir erzählte, dass ihr zehnjähriges Kind Anna am vergangenen Donnerstag Vormittag am Wallnerhof vorüberging, wo gerade Johanna A. mit dem Säubern des Weges beschäftigt war. Johanna sprach das Kind mit den Worten an: ‚Ein armes Kind geht da, du Kind, du bist heute mein Glück. Ich gäbe dir gerne Brot, aber ich habe jetzt keines, weil ich eben beim Brotbacken bin, komm' Nachmittag und ich gebe dir dann einen Laib Brot.' Das Kind ging nach Hause, erzählte das Vorgefallene und holte nach dem Schulgang Abends das versprochene Brot.

„Da das Kind um sieben Uhr Abends noch nicht nach Hause gekommen war, begab sich dessen Mutter zu Johanna A., um sich zu erkundigen. Sie wurde eingelassen und von Johanna mit Speise und Trank bewirthet, ausserdem mit einem Laib Brot beschenkt. Johanna bat, es möchte ihr das

Kind diese eine Nacht belassen werden, das Kind sei ihr Schutzpatron. Die kommende Nacht sei die böseste, da fünf Teufel den Vater holen wollen.

„Johanna hatte das Kind schon ausgezogen und zu Bette gebracht, gab ihr nun ein kleines Heiligenbild, nahm selbst Rosenkranz, Crucifix und Weihwasserkessel in die Hände und versprach, dass dem Kinde nichts geschehen werde, und sie werde das Kind am nächsten Morgen nach Hause schicken. Darauf ging die Mutter weg und liess das Kind zurück.

„Johanna A. befahl dann dem Mädchen, die Nacht hindurch zu wachen und zu beten, was auch geschah.

„Als das Kind am folgenden Tag weder nach Hause, noch in die Schule kam, wurde der Mutter bange, und sie ging Abends wieder zu Johanna A. Unterwegs aber begegnete ihr das Kind, beschenkt mit einem Umhängetuch und fünf Eiern.

„Das Kind erzählte, dass sie die Nacht durchwachten und beteten, dass Morgens das Vieh nicht gefüttert wurde, weil Johanna den Vater bis zu Mittag nicht aus der Wohnstube liess. Als zufällig ein Rauchfangkehrer kam, hielt ihn Johanna für den Teufel. Mittags entriss sich der Vater den Handlungen seiner Tochter gewaltsam, fütterte das Vieh und wies seine Tochter Johanna mit Entschiedenheit zur Arbeit, worauf sie das Haus verliess und Nachmittags Hafer säete.“ —

Soweit der Bericht des Gemeindevorstandes, aus dem hervorgeht, dass Johanna A. nach ihrer Entlassung aus der Irrenanstalt wieder rückfällig wurde. Sie wurde jedoch nicht mehr in die Anstalt gebracht, ihre Wahnideen schwanden nach etlichen Tagen und Johanna blieb dann geistig gesund. —

Der Sohn Leopold A. wurde in sehr aufgeregtem Zustande in die Irrenanstalt gebracht, war aber bereits am nächsten Tage ganz beruhigt, orientirt, krankheitseinsichtig und im Stande, Auskunft zu geben. Er war bisher stets gesund gewesen. Seit jeher war er übertrieben religiös und zum Aberglauben geneigt. Seinen Schwestern ist er überaus zugethan. Als Anna erkrankte, wurde er sehr verstimmt, und seine Traurigkeit steigerte sich noch, als er selbst aus dem Munde des Arztes, zu dem sie alle das grösste Vertrauen hatten, vernommen hatte, dass Anna verloren sei. Das ängstliche Gebahren Anna's, ihr fortwährendes Beten und Predigen machten auf ihn einen tiefen Eindruck. Als dann die zwei noch gesunden Schwestern in rascher Folge in denselben Zustand verfielen, glaubte er selbst, es müsse hier Hexerei im Spiele sein, oder es müsse der Teufel seine Hand dabei haben. Es befiel ihn eine fürchterliche Angst. Wenn ein Hund am Hause vorüberlief, glaubte er, der Teufel komme schon, und als die Nachbarn beim Fenster hereinsahen und an die Thüre pochten, dachte er, das seien die Freimaurer, die einen Angriff auf das Haus beabsichtigen. In seiner Angst schoss er wiederholt aus dem Fenster auf Vorübergehende, es war aber nie eine Kugel geladen, nur Weihwasser und Palmkätzchen.

Schon am Tage nach seiner Aufnahme in die Anstalt war der Patient krankheitseinsichtig. Er benahm sich vollkommen ruhig, arbeitete in der Anstalt, liess sich aber seine von Jugend auf festgewurzelten abergläubischen Ideen nicht ausreden. Er wurde am 24. April 1889 aus der Anstalt entlassen. Als er ein Jahr später seine noch in der Anstalt befindliche Schwester Anna besuchte, fragte er sie, ob der Teufel in ihr fest herumarbeite.

Anna A., die zuerst Erkrankte, bot nach ihrer Aufnahme das Bild tiefer Depression. Sie klagte, dass sie nun sterben müsse, der Brand sei in ihr, im Innern sei Alles verbrannt, sie habe im Unterleib Schmerzen, weil der Teufel in ihr sei. Von solchen Wahnideen befangen, sass sie still in einer Ecke, betete, weinte oft, schlief wenig. Einmal äusserte sie, der Teufel steige ihr beim Munde heraus und setze sich auf ihre Zungenspitze, ein anderes Mal bat sie, man möchte sie nicht von hier fortlassen, denn wenn sie fortkäme, würde sie der Teufel holen. Im Sommer des Jahres 1889 ass sie durch 14 Tage bloss Suppe, weil ihr die Hexen verboten hätten, Anderes zu essen. Im October wurde sie etwas lebhafter, schlief besser und ass mehr, gab aber auf Befragen über ihr Befinden nur ausweichende Antworten, machte aber wiederholt spontan Aeusserungen, welche ihren psychischen Zustand verriethen. So bat sie oft, man möchte sie nur ja nicht fortlassen, oder sie fragte ängstlich, wie man ihren Zustand finde, ob der Brand schon fortschreite etc. Dabei war sie immer sehr scheu, blickte zu Boden, hielt sich die Hand vor den Mund und sprach nur mit leiser Stimme. So blieb sie in den Wintermonaten des Jahres 1889. Mit Beginn des folgenden Jahres schien sich ihr Zustand zur Genesung wenden zu wollen. Die spontanen Aeusserungen ihrer Wahnideen blieben allmählich aus, sie verlangte nach Arbeit und wurde anfänglich mit Näharbeit, später auf ihre Bitte in der Waschküche beschäftigt. Im März ging sie eines Abends schwitzend aus der Waschküche ins Freie. In der Nacht darauf erkrankte sie mit einem Schüttelfrost und machte eine heftige Bronchitis durch, an der sie mehrere Wochen laborirte. Während dieser Zeit traten ihre Wahnideen wieder stärker in den Vordergrund. Sie betete den ganzen Tag, ass wenig, schlief unruhig und kam körperlich ganz herab. Eines Tages klagte sie, dass in der vergangenen Nacht der Teufel vor ihrem Bett gestanden sei. Er war klein wie ein Zwerg, schwarz, hatte Ziegenbart und Bocksfüsse und zwei Hörner. Sie habe ihn fortgeschafft und darauf sei ihre verstorbene Mutter im weissen Kleide erschienen und habe sie gefragt, ob sie zu ihr kommen möchte, was Patientin verneinte. Darauf sei „der Geist“ verschwunden. Trotzdem der heftige Katarrh nach einigen Wochen schwand, war Patientin in Folge der Schwäche nicht im Stande, das Bett zu verlassen. Sie nahm wenig Nahrung zu sich, endlich nur mehr Flüssigkeiten, die ihr mit dem Löffel gereicht werden mussten. Ueber dem Kreuzbein begann sich ein Decubitus zu bilden. Die Kranke wurde unrein und magerte immer mehr ab. Erst im Mai wendete sich ihr Befinden wieder zum Bessern. Sie begann wieder selbständig zu essen, verlangte selbst nach mehr Nahrung, bat, in den Garten getragen zu werden, verunreinigte sich nicht mehr, war endlich kräftig genug, im Garten den Tragsessel zu verlassen, betete weniger, zeigte für Arbeit und Gesellschaft Interesse. Zu dieser Zeit zeigte sich zum ersten Male eine Krankheitseinsicht bei ihr. Sie erklärte ihre früheren Wahnideen als „Unsinn“, lachte darüber und meinte, sie begreife gar nicht, wie sie sich solche Sachen habe einbilden können. Im Juni zeigten sich zum ersten Male seit dem Anstaltsaufenthalt der Kranken die Menses und kehrten seitdem regelmässig wieder. Körperlich nahm sie im ferneren Verlauf des Sommers sichtlich zu, und da ihre Wahnideen nicht wiederkehrten, wurde sie am September aus der Anstalt geheilt entlassen.

Die jüngste Tochter Barbara A. wurde in tobsüchtiger Aufregung in die Anstalt gebracht. Es dauerte mehrere Tage, bis sie einer Unterredung

fähig war. Doch stellte sich bei ihr rasch vollkommene Beruhigung und Krankheitseinsicht ein.

Barbara erzählte übereinstimmend mit den Angaben der übrigen Geschwister, wie Anna immerfort vom Sterben gesprochen, immer gebetet und die Verfolgungen des Teufels, der Freimaurer und der Hexen gefürchtet habe. Zwischen Barbara und Anna bestand seit jeher eine herzliche schwesterliche Neigung. Die beiden Mädchen schliefen in einem Bette. Barbara war bei Tag und Nacht um die Kranke und stand vom Beginne der Krankheit Anna's am meisten unter dem Einfluss dieser. Sie war die Erste unter den Geschwistern, welche nach Anna erkrankte. Zuerst nahm sie die Verfolgungsideen ihrer Schwester an und hielt sich bald selbst für überzeugt, dass sie von Freimaurern, für welche sie alle Leute ansah, die zu ihnen ins Haus kamen, verfolgt würden, und dass diese ihnen nach dem Leben trachten. Um für ihre eigene Person und ihre Nächsten die Hülfe Gottes zu erflehen, betete sie stundenlang ununterbrochen. Bald fühlte sie eine lebhafte Angst. Sie wagte es nicht mehr, aus dem Hause zu gehen, aus Furcht vor den Verfolgern. Endlich stellte sich auch bei ihr das Zusammenschnüren im Halse ein, so dass sie nicht mehr im Stande war, ein Wort zu reden. Diese Erscheinung führte sie auf Hexerei zurück, nahm keine Nahrung mehr, sondern verschluckte mit den Geschwistern Stücke geweihter Wachskerzen zum Schutz gegen Hexen und den Teufel. Die Furcht, dass man sie und ihre Angehörigen ums Leben bringen wolle, steigerte sich bei ihr zum Aeussersten, als man versuchte, ins Haus einzudringen.

Die Kranke — einmal zur Ruhe gekommen — machte in der Genesung rasche Fortschritte und am 25. April 1889 konnte sie geheilt aus der Anstalt entlassen werden.

## Zweiter Fall.

Am 18. Juni 1886 wurde Anna P. in die Irrenanstalt zu Ybbs aufgenommen. Dieselbe ist laut Parere 1842 geboren, katholisch, ledig, war früher Dienstmädchen, später beschäftigungslos. Gleichzeitig mit ihr wurde ihre Mutter Josefa P., geboren 1811, katholisch, Kleinhäuslerswitwe, der Anstalt übergeben.

Anna P. stammt von einem Vater, der dem Trunke ergeben und zu Excessen geneigt war. Ihr Bruder Johann war im Jahre 1866 nach zweijährigem Aufenthalt in hiesiger Anstalt als Epileptiker gestorben. Ein anderer Bruder war rhachitisch gewesen und als Kind gestorben. Drei Brüder, welche noch leben, sind als Trinker und Krakehler bekannt. Der Vater starb im beiläufigen Alter von 50 Jahren an Wassersucht.

Die Patientin soll als Kind körperlich kräftig und geistig sehr aufgeweckt gewesen sein. In der Schule machte sie sehr gute Fortschritte. Bald nach der Entlassung der Schule trat sie als Bauerndirne in Dienst. Späterhin diente sie in der Stadt als Küchenmädchen. Sie war überall arbeitsam und fleissig und erwarb sich die volle Zufriedenheit ihrer Dienstgeber. Dabei soll sie aber immer eine leichte Reizbarkeit an den Tag gelegt haben.

Auffallend war ihre Intoleranz gegen Alkohol. Ein kleines Quantum eines alkoholischen Getränkes machte sie zu Excessen geneigt. Patientin ersparte sich während ihrer zehnjährigen Dienstzeit in Wien, obwohl sie ihre Mutter stets mit Geld unterstützt hatte, eine Summe von 800 Gulden.

In Gesellschaft eines anderen Mädchens wurde sie von einem Manne geschlechtlich gebraucht. Sie fühlte darauf enorme Reue, beschuldigte ihre Freundin, dass diese an ihrem Unglück schuld sei und gerieth in solche Aufregung, dass sie gewaltthätig wurde. Sie wurde aus dem Dienste entlassen und fuhr in ihren Heimathsort zurück, um mit ihrer Mutter zu leben.

Ihre Mutter benützte eine sogenannte Ausnahmsstube, deren Benützung sie sich lebenslang durch eine Geldsumme contractlich gesichert hatte. Die alte Frau fühlte sich mit ihrer Lage ganz zufrieden, bezog von der Gemeinde eine Unterstützung und verdiente sich einiges Geld durch Arbeit. Eine kurze Zeit hindurch wurde die Zufriedenheit der Mutter durch die Tochter nicht gestört. Bald aber zeigte sich der schlechte Einfluss der letzteren auf die alte Frau. Diese wurde unzufrieden und veranlasste den Besitzer des Hauses, die Ausnahmsstube renoviren zu lassen. Als dies geschehen war, äusserten sich die beiden Frauen nicht befriedigt und wollten den Hausbesitzer veranlassen, einen Neubau aufzuführen. Als sich dieser weigerte, verklagte ihn die Tochter im Namen der Mutter wegen Contractbruch. Während der Prozess noch in der Schwebe war, zogen die Frauen aus und mietheten in einem andern Haus eine Stube. Sie zogen sich von allen Leuten zurück und lebten ganz für sich. Da sie sich die Speisen über einer Spirituslampe kochten, geriethen sie in Streit mit ihrem nunmehrigen Hausherrn, der ihnen schliesslich die Wohnung kündigte. Nun schlugen sie ihr Lager im Waldé auf, und da mittlerweile die Ersparnisse der Tochter aufgezehrt waren, lebten sie vom Betteln. Vergeblich wurden Versuche gemacht, sie zum Bewohnen der ihnen rechtlich gebührenden Ausnahmsstube zu bewegen. Ja, der Ortsvorsteher liess sie sogar mit Gewalt in diese Stube führen, sie verliessen dieselbe wieder und lebten im Wald. Der Bauer Josef W., der mit den Frauen Mitleid fühlte, bot ihnen einen zu seinem Haus gehörenden leeren Stall als Wohnort an, und als sie wirklich einzogen, versorgte er sie mit Nahrung. Bald aber zeigte sich bei beiden Frauen eine Abneigung gegen ihren Wohlthäter und seine Familie. Diese Abneigung steigerte sich bis zum Hass. Die Frauen wiesen Speise und Trank zurück, beschimpften den Bauern, beschuldigten ihn, dass er nach ihrem Leben trachte und dass er an ihrem Unglück schuld sei. Gelegentlich eines Auftrittes mit dem Bauern, brachte diesem die Anna P. eine schwere Verletzung bei. Nun wurden die Frauen delogirt und schlugen in einer leer stehenden Holzschupfe ihr Lager auf. Hier waren sie allen Unbilden des Wetters ausgesetzt, aber trotzdem nicht zu bewegen, in ihre Ausnahmsstube zurückzukehren.

Eine Commission, die sich zur Untersuchung des Geisteszustandes der beiden Frauen einstellte, fand Mutter und Tochter vollkommen verwahrlost und von Ungeziefer bedeckt. Seit Wochen hatten beide hart neben ihrer Lagerstätte ihre Nothdurft verrichtet, ohne die Excremente zu entfernen. Die Mutter lag, von einigen dürftigen Fetzen bekleidet, mit dem Kopf auf einem mit Häcksel gefüllten Sack, ihr Körper war mit Reisig zugedeckt. Sie hielt ein Gebetbuch in den Händen, welches sie fest an ihre Brust presste. Als sie angesprochen wurde, erging sie sich in einer Fluth von Gotteslästerungen, schimpfte über die Behörden und über alle Menschen. Besonders gegen den Bauern W. war sie aufgebracht. Dieser habe sie und ihre Tochter aus dem Leben schaffen wollen.

Während man noch mit der Mutter sprach, kam die Tochter, welche eben Wasser geholt hatte. Diese zeigte sogleich eine grosse Aufregung, beschuldigte den Bauern W., er habe sie und die alte Mutter vergiften wollen, er allein sei an dem ganzen Unglück schuld, jetzt bleibe ihnen nur eine Erlösung übrig, das sei der Tod. Sie werden in keines Menschen Haus ziehen, sie wollen im Freien leben, sie werde schon, was sie brauchen, erbetteln. Während sie sprach, liebkoste sie ihre Mutter mit übertriebener Zärtlichkeit.

Als man sie auf das Irrige ihrer Meinung aufmerksam machen wollte, wurde sie im höchsten Grade erregt und erging sich in Beschimpfungen und Drohungen gegen die Anwesenden.

So kamen denn Mutter und Tochter in die Irrenanstalt. Hier willfahrte man Anfangs der gemeinsamen Bitte Beider, sie neben einander auf derselben Abtheilung zu belassen. Man beobachtete hier, dass die Tochter ihre Mutter mit grosser Zärtlichkeit pflegte. Sie kleidete die alte Frau an, wusch und kämmte sie, richtete ihr das Bett, kurz, sie war den ganzen Tag um die Mutter bemüht. Nachts stand sie auf, sah nach ihrer Mutter, ob diese schlafe, und wenn, wie es vorkam, letztere an Athembeschwerden litt, blieb die Tochter bei ihr sitzen. Hatte die Mutter einen Wunsch, so brachte ihn stets die Tochter bei der Visite vor. Letztere zeigte sich bei ihrer Aufnahme in die Anstalt ganz richtig orientirt, erzählte die schon oben angeführten Daten über ihr Vorleben. Schon in Wien sei sie von einem Dienstmädchen immer verfolgt worden, so dass sie beschlossen habe, zur Mutter zurückzukehren. Sie fand Letztere in ihrer Ausnahmsstube. Die Mutter sei ganz zufrieden gewesen. Sie aber sei der Meinung, die Mutter habe auf eine bessere Stube Anspruch gehabt, und selbst als die Stube renovirt war, sei dieselbe noch zu schlecht gewesen und daher habe sie die Mutter veranlasst, die Stube nicht mehr zu beziehen. Der Hausbesitzer sei contractlich gebunden gewesen, die Stube ordentlich im Stand zu halten, widrigenfalls er ein Pänale von 500 fl. zu erlegen hatte. Sie strengte im Namen der Mutter einen Prozess an, konnte aber nichts erreichen, weil alle Leute gegen sie waren, selbst das Gericht sei gegen sie gewesen, weil der Richter im Einverständniss mit den der Mutter feindlichen Leuten gestanden sei. Sie kehrten nicht mehr in die Ausnahmsstube zurück, wohnten in einem andern Hause und als die Ersparnisse aufgezehrt waren, zogen sie ins Freie. Der Bauer W. nahm sie in sein Haus auf und sie lebten lange in einem Stall. Durch $1^1/_2$ Jahre verliess die Mutter diesen nicht und verrichtete stets die Nothdurft im Stall, ohne dass dieser gereinigt wurde. Die paar Kleidungsstücke, welche die Alte hatte, verfaulten schliesslich und zerfielen. Endlich zogen sie wieder ins Freie, denn der Bauer trachtete ihnen nach dem Leben, er wollte sie vergiften.

Die Mutter, Josefa P., eine köperlich herabgekommene, marastische Greisin, erzählte conform den Angaben der Tochter. Sie selbst sei mit ihrer Lage ganz zufrieden gewesen. Erst ihre Tochter machte sie aufmerksam, dass sie mehr zu beanspruchen hätte. Ihre Tochter wollte ihr zu ihrem Recht verhelfen, sie habe einen Prozess angestrengt, aber das Gericht sei beeinflusst gewesen. Die Leute waren alle gegen sie, sie sei ja eben nur eine arme alte Witwe. Der Bauer W. habe ihnen nach dem Leben getrachtet, so dass sie wieder ins Freie hinaus mussten. Ueberall habe man sie hinausgeworfen, denn Alle waren ihnen feind. Ausser ihren Wahnideen

war eine erhebliche Gedächtnissschwäche bei der Patientin vorhanden. So viel sie sich zu erinnern wusste, ist keine Geistesstörung in ihrer Verwandtschaft vorgekommen. Der Vater starb an Wassersucht, die Mutter an Lungentuberkulose. Ihr Geburtsjahr wusste Patientin nicht anzugeben. Ausser einer Lungenentzündung bald nach ihrer Verheirathung sei sie niemals krank gewesen. Früher war sie leicht erregbar. Von ihrem Mann, der ein Säufer und zu Ausschreitungen geneigt war, musste sie Manches hinnehmen. Sie gebar acht Kinder; ein Knabe war epileptisch. Als sie noch jung war, sei sie auch allein ins Wirthshaus gegangen, habe gezecht und Karten gespielt.

Im Verlauf der nächsten Jahre zeigte sich bei jeder Gelegenheit der Einfluss der Tochter auf ihre Mutter. Letztere verhielt sich ganz so, wie sie es bei der Ersteren sah. Gerieth diese in Affekt, so zeigte sich auch die Mutter aufgeregt, lachte die Tochter, so lachte auch die Mutter, und wenn jene weinte, so that es auch diese. Sprach die Tochter, so nickte die Mutter beifällig, die Tochter wies jede Arbeit zurück, die ihrer Mutter nicht anging, von deren Seite sie nicht wich. So ging es bis zum Frühling des Jahres 1889. Damals machte sich ein auffallender Eigensinn bei der Tochter Anna P. bemerkbar. Auch traten ihre Verfolgungsideen stärker hervor, sie fühlte sich von ihrer Umgebung verfolgt, von den Wärterinnen benachtheiligt, nichts wurde ihr recht gemacht. Sie verweigerte zuerst die Fleischnahrung, hob die Fleischstücke aber auf bis sie faul wurden. Ihre Mutter, welche dieselbe Kost hatte, wie die Tochter, wollte Fleisch essen. Die Tochter aber nahm es ihr weg. Die Mutter ass anfänglich noch heimlich, folgte aber schon nach wenigen Tagen dem Zureden der Tochter und wies die Fleischkost zurück. Als eines Tages die Tochter zur Zeit des Mittagsessens ihren Löffel am Tisch vermisste, erklärte sie, dass sei absichtlich geschehen, damit sie nichts essen könne. Von da ab abstinirte sie. Ihre Mutter gab ihr vollkommen recht und wies gleichfalls jede Nahrung von sich. Man gab nun Mutter und Tochter gemeinsam auf eine andere Abtheilung. Dort nahm die Tochter Nahrung zu sich und ihre Mutter folgte ihr. Nachdem sie drei Tage gegessen hatten, äusserte die Tochter wieder Verfolgungsideen, welche von der Mutter gebilligt und angenommen wurden. Als die Tochter wieder abstinirte, folgte ihr die Mutter. Nun wurden beide von einander getrennt.

Seitdem ist die Mutter ruhig, zufrieden, nur nach ihrer Tochter verlangt sie mitunter. Sie nimmt ihre Nahrung regelmässig zu sich. Ihr Erinnerungsvermögen ist sehr geschwächt. Führt man das Gespräch auf die Umstände, die sie hereingeführt haben, so kann sie nicht genug erzählen, was sie und ihre Tochter durch die Verfolgungen der anderen Leute gelitten hätten. Jeder Versuch, sie aufzuklären, macht sie erregt. Die Vermuthung, dass ihre Tochter sie beeinflusst hätte, weist sie mit Entrüstung zurück. Ueber ihre Tochter spricht sie mit Zärtlichkeit. So ein Kind habe nicht jede Mutter, eine solche Tochter fände man auf der ganzen Welt nicht mehr. Die Frage, warum Patientin in der Anstalt abstinirt habe, versetzt sie in Aufregung. Was man Alles der Tochter angethan habe! Den Kaffee haben ihr die Wärterinnen gewässert, statt Fleisch haben sie ihr eine Haut gegeben, Theater haben sie mit ihr gespielt und ihr eine Bosheit nach der anderen angethan. Drum habe die Tochter die Nahrung verweigert, und wenn die Tochter nichts isst, so braucht sie auch nichts.

Die Tochter Anna P. kauert in Winkeln herum, oder liegt auf dem

Fensterbrett. Sie verkehrt mit Niemandem, beschäftigt sich nicht und spricht spontan nur dann, wenn sie eine Veränderung ihrer Kost durchsetzen will. Fleischspeisen nimmt sie nicht an, sie will nur flüssige Kost und Brot, doch weist sie zeitweilig auch diese Nahrung zurück und abstinirt etliche Tage.

Der Versuch, über die Umstände vor ihrer Einbringung in die Anstalt von ihr Auskunft zu erhalten, misslingt immer. Es sei ihr nicht der Rede werth, man wisse ohnedies Alles. Wohl aber spricht sie sich über ihr Befinden in der Anstalt aus. Hier spiele man mit ihr Theater. Sie aber giebt keine Theatergretl ab. Warum giebt man den andern Kranken Fleisch und ihr Koth? Die Wärterinnen verüben Bosheiten an ihr. Aber diese müssen es eben thun, sie werden dazu angehalten.

---

# II. Original-Vereinsberichte.

## Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung von Montag, den 12. Januar 1891.

55) **Kronthal**: Ueber die Abhängigkeit der Degenerationen in peripherischen Nerven von der Degeneration ihrer Kernursprünge.

K. demonstrirt Präparate von einem Falle von chronischer Bulbärparalyse, complicirt mit amyotrophischer Lateralsclerose; K. hat das ganze centrale und periphere Nervensystem untersucht. Degenerirt waren sämmtliche Zellen der Vorderhörner, das Pyramidensystem, die Kerne des Hypoglossus, accessorius, vagus, glossopharyngeus, die vorderen Wurzeln, die nervi hypoglossi, accessorii, vagi, glossopharyngei, während in den Rückenmarksnerven peripher vom intervertebralen Ganglion keine Degeneration mehr nachzuweisen war. Die auffallende Thatsache, dass die Hirnnerven nach Zugrundegehen ihrer Kerne peripher vollständig degeneriren, während in den Rückenmarksnerven nach Entartung ihrer Kerne keine Zeichen der Degeneration gefunden wurden, glaubt K. nur durch die verschiedenen physiologischen Leistungen der Nerven erklären zu können. Geht für die Hirnnerven, die nur nach einer Richtung leitende Fasern enthalten, die Erregungsquelle verloren, so muss eine Inactivitätsatrophie eintreten. Die Rückenmarksnerven enthalten centripetale und centrifugale Fasern; geht ihnen eine Erregungsquelle verloren, so sind sie noch keine todten Stränge. (Der Vortrag erscheint ausführlich im Neurolog. Centralblatt 15. Febr.)

56) **Oppenheim**: Mittheilungen in Bezug auf die traumatischen Neurosen.

O. vertheidigt sich zunächst gegen die Angriffe, welche er von verschiedener Seite erfahren hat. Er hat deswegen das gesammte Actenmaterial aller der Fälle von Verletzten, die er während der Jahre 1883 bis 1889 zu begutachten hatte, noch einmal durchgearbeitet und ist zu folgendem Resultat gekommen (die Arbeit erscheint nächstens als Monographie):

1. Es giebt eine traumatische Neurose, und zwar kommt sie sehr häufig vor.

2. Ein Gutachten sollte nur ein Arzt abgeben, der mit der Untersuchung von Nerven und Geisteskrankheiten vertraut ist.

3. Auf die Diagnose der Simulation ist kein Gewicht zu legen, wenn der Arzt eine solche Erfahrung nicht besitzt.

4. Die Diagnose der Simulation sollte nicht auf Grund einer einmaligen Untersuchung gestellt werden.

5. Die Gesichtsfeldeinschränkung, die Anästhesie, Pulsbeschleunigung und psychischen Anomalieen sind Symptome der traumatischen Neurose, und können nur von einem geschulten Betrüger simulirt werden.

6. Es ist kein Beweis für Simulation, wenn das Zittern bei Ablenkung der Aufmerksamkeit aufhört.

7. Der Möglichkeit der Simulation ist in jedem Falle Rechnung zu tragen, sicherer als Kunstgriffe schützt eine genaue Untersuchung.

8. Die Simulation ist selten, die Uebertreibung ist häufiger; häufiger ist auch das Festhalten der Beschwerden nach eingetretener Besserung oder Heilung. —

Die Discussion wurde bis zur nächsten Sitzung aufgeschoben.

Koenig (Dalldorf).

---

## Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung von Montag, den 15. December 1890.

57) Discussion zum Vortrage von Cramer (Eberswalde): Ueber eine bestimmte Gruppe von Sinnestäuschungen bei primären Stimmungsanomalien.

**Näcke** (Hubertusburg) hält die Theorie für sehr plausibel, bewiesen sei sie aber sicher nicht.

Mendel, Moeli und Jolly sind nicht der Ansicht, dass die Cramer'sche Theorie haltbar sei.

58) **Näcke** (Hubertusburg): Beiträge zur Anthropologie und Biologie geisteskranker Verbrecherinnen.

V. berichtet in Kürze über die Hauptergebnisse eines Theils einer grösseren Arbeit über „Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe", welche in Kürze erscheinen wird. Der Ausgangspunkt der vergleichenden Untersuchung bestand aus 100 Wärterinnen und Pflegerinnen; mit diesen verglichen wurden:

1. 41 bezw. 43 chronisch Geisteskranke (mit Ausschluss von Paralyse und Epilepsie);

2. 45 vorbestrafte oder in Untersuchung gekommene Geisteskranke (von denen 20 % sicher die Strafe unschuldig erlitten hatten);

3. 53 aus verschiedenen Strafanstaltskategorien Zugeführte (15 % zur Zeit der That sicher geisteskrank, 20 % vorher geistig nicht intact).

Alle 4 Reihen dieser Untersuchten waren von mittlerer Grösse; die relativ Grössten befanden sich unter den Gesunden. In 72 % der Normalen war die Spannweite der Arme grösser als die Körperlänge. Bei den Kranken nur in 60,5 %.

Mesocephalie fand sich überwiegend am häufigsten bei den Gesunden, während Hydrocephalie relativ häufiger bei den Uebrigen statthatte; doch sind immerhin unter den Normalen 9 % Hydrocephaloide und 3 % Submikrocephale.

Wesentlich häufiger findet sich der Vorderkopf grösser als der Hinterkopf bei Normalen (98 %), als bei den Geisteskranken (79 %).

Leichte Asymmetrien des Gesichts und der Stirne fehlen auch bei Normalen fast nie.

Unter den Gesunden fanden sich ferner 18 % mongoloide Gesichter und 35 % „breite".

Dieser Prozentsatz nimmt bei den übrigen erheblich zu; erreicht bei den Corrigenden fast 61 %; bei letzteren auch am häufigsten starke Unterkiefer und Progeneen.

Anomalien der Stirn, Augen, Ohren, Zähne sind bei den Geisteskranken noch häufiger als bei den Gesunden.

Addirt man die Entartungszeichen, so finden sich mehr als 4 zugleich bei 19 % der Gesunden und an mehr als an 2 Gesichtstheilen etc. zugleich in 38 %. Bei den Geisteskranken steigen diese Zahlen bedeutend. Zwischen unbescholtenen und vorbestraften Geisteskranken fand sich körperlich wie ethisch kaum ein Unterschied. Ebenso wenig zwischen Geisteskranken und Corrigenden, nur waren bei letzteren mehr mongoloide.

Ein „Verbrechertypus" lässt sich nicht constatiren, ebenso wenig eine verschiedene Vertheilung der Stigmata auf die verschiedenen Verbrecherclassen. Ferner berichtet V. über die Untersuchung von 12 aus einer Strafanstalt und einem Krankenhause herrührenden Schädeln von Verbrecherinnen (darunter 4 Mörderinnen und 5 Diebinnen); 6 waren pathologisch, 9 sehr schwer, 4 hydrocephaloid, 6 rundlich, 3 mit männlichem Typus, 1 mongoloid, 4 mit fliehender Stirn. In fast der Hälfte der Fälle waren die Nähte mehr oder weniger verstrichen; bei 2 war die Stirnnaht ganz oder fast ganz erhalten (1 davon „Kreuzschädel"). Die Sutura transversa bei 1 fast ganz, bei 3 theilweise erhalten. Dem Inhalte nach gehörten die meisten den klein- und grosskalibrigen Schädeln an. Mittlerer Kubikinhalt 1347.s.

Unterschiede zwischen Diebinnen und Mörderinnen fanden sich nicht. Die Schädel hätten ebenso gut von Geisteskranken herstammen können. — Ueber die Erblichkeit ist Folgendes zu sagen:

Psychosen, Epilepsie, Apoplexie, Selbstmord etc. liessen sich schon bei 23 % der Gesunden constatiren. Bei den übrigen aber erhöht sich der Prozentsatz. In Anbetracht der Schwierigkeiten beim Erheben der Anamnese sind alle diese Zahlen als unterste Grenzen anzusehen. Bei den Corrigenden ergab sich z. B. nur 15 % eigentliche Belastung. Bemerkenswerth ist, dass unter den Corrigenden viel mehr unehelich geborne sich finden als sonst; auch ihre Erziehung ist mangelhafter, die Führung meist schlecht; auch die Intelligenz ist durchschnittlich geringer; der Charakter zeigt das bekannte Bild des „moralischen Irrsinns", und zwar viel häufiger als bei den übrigen Geisteskranken; ebenso Selbstmordversuche (Scheinselbstmorde) und Simulation. Die einzelnen Verbrecherclassen zeigten unter sich im Verhalten keine Unterschiede. Gröbere Störungen der Sensibilität, des Gehörs, Gesichts etc. fanden sich nicht; manche waren gegen leichte Schmerzen sogar recht empfindlich. Tätowirungen, Linkshändigkeit fehlten; auch die Handschrift zeigte durchaus nichts Charakteristisches, am wenigsten für die einzelnen Verbrecherclassen.

Die obigen Resultate widersprechen in vielen Punkten den von Lombroso gewonnenen. V. kann überhaupt ein anthropologisch-biologisches Charakteristicum des Verbrechers, das nur diesem angehörte, nicht anerkennen, ebenso wenig wie Lombroso's Lehre vom „geborenen Verbrecher". Ein

solcher könnte doch nur ein hereditär und organisch so belasteter Mensch sein, dass er unter allen Umständen zum Verbrecher werden müsste.

Solche Fälle sind sicher selten. Bei dem Gros der Verbrecher sind aber die obigen Momente nur prädisponirende; die Aussenverhältnisse sind es, die ihn zum Verbrecher machen. Sind sie günstig, so kommt es nicht dazu oder nur zum „geheimen Verbrecher" im Sinne Lombroso's. —

Schliesslich wendet sich V. gegen das Zurückführen der Degenerationszeichen etc. auf den Atavismus, wenigstens in der Allgemeinheit, wie es Lombroso thut, und dagegen den Begriff der Epilepsie zu erweitern und darunter auch den Verbrecher zu subsumiren.

59) **Hebold** (Sorau): Bettbehandlung und Zelle.

Durch den Vortrag Neisser's — über die Bettbehandlung — auf dem 10. internationalen medicinischen Congresse angeregt, berichtete Vortragender über die günstigen Ergebnisse der Bettbehandlung in der Irrenheil- und Pflegeanstalt zu Sorau, die im Wesentlichen auf die in der reinen Heilanstalt zu Leubus gewonnenen hinauskommen, wendete sich dann aber gegen die Anschauung Neisser's, welcher die Isolirung ein schädliches und grausames Auskunftsmittel nannte und führte aus, dass die Zelle in gewissen Fällen beruhigend und nützlich wirke, wo die Bettbehandlung dies entweder nicht herbeiführe oder gar nicht in Betracht kommen könne, dass aber das Hauptaugenmerk bei der Anwendung der Zelle darauf zu richten sei, dass sie nicht zum dauernden Aufenthalt werde, wo sie die unangenehmsten Folgen habe.

Dem Vortheile der Bettbehandlung stellte der Vortragende der Vollständigkeit halber schliesslich noch als Nachtheile gegenüber, dass sie die Onanie begünstigt, vielleicht im Zusammenhang damit anämische Zustände zeitigt, in seltenen Fällen zum Kothschmieren veranlasst und schliesslich bestimmte Kranke, welche den Tag über schlafen, Nachts unruhig werden lässt, Nachtheile, welche durch entsprechende Massnahmen zu beschränken sind und dem Vortheile gegenüber nicht in Betracht kommen, so dass die Bettbehandlung mehr als bisher der ganzen Beachtung der Irrenärzte werth sei.

Koenig (Dalldorf).

---

# III. Referate und Kritiken.

60) **W. M. Bechterew** (Kasan): Ob otnositelnom paswitii i raslitschnom polozhenii piramidnych putschkow u tschelowieka i zhiwotnych etc. (Lage, Dimension und Entwicklungsverhältnisse der Pyramidenstränge beim Menschen und bei Thieren).

(Separat-Abdruck aus dem „Medicinskoje Obosrenije" 1890. Nr. 13—14. 5 p. 4°.)

Anknüpfend an die zuerst von Flechsig betonten Unregelmässigkeiten in der Vertheilung und Menge der einzelnen Bündel der Pyramidenbahnen lenkte B. die Aufmerksamkeit auf die Verhältnisse bei Neugeborenen, und fand nicht allein Differenzen der Gesammtmasse, sondern auch der Länge

dieser Bahnen; so kann die Pyramiden-Vorderstrangsbahn sich in ganz verschiedenen Niveaus auflösen, wobei linke und rechte Rückenmarkshälfte wieder unter sich verschieden sein können.

Bei Säugethieren hängt die Entwicklung der Pyramidenbahn wesentlich von dem Vorhandensein verwickelt-coordinirter Extremitäten-Bewegungen ab; wenig entwickelt bei Nagern, besonders in den Pyramidenseitensträngen, nehmen sie bei Carnivoren und mehr noch bei den Primaten erheblich zu; bei einzelnen Carnivoren fehlt die Pyramiden-Vorderstrangsbahn ganz, bei einzelnen kleinen Nagern liegen sie ganz nach hinten, unmittelbar an die Hinterstränge grenzend; zu beiden Seiten des sept. post. Bei Meerschweinchen verlaufen sie nach der Kreuzung als im vorderen Theil der Hinterstränge verstreute kleine Bündel. Dementsprechend fallen natürlich die Befunde secundärer Degeneration aus.

Ferner macht B. darauf aufmerksam, dass im Foetalleben noch vor der Entwicklung der Pyramiden in diesen vereinzelte markhaltige Fasern vorkommen, die wegen ihrer Lage im Centrum der Pyramide nicht für versprengte Teile angrenzender schon markhaltiger Bündel gelten können, und für die B. eine gesonderte systematische Stellung vermuthet.

Kurella.

---

61) **G. Retzius.** Om Körtelnerverna (Drüsennerven).
(Biol. Förenings Förhandl. I p. 14.)

Untersuchung der Speicheldrüsennerven mit Ehrlich'scher Methylenblau-Injection intra vitam. Die Drüsenalveolen sind von einem Netzwerk varikäser, markloser Nervenfasern umsponnen, deren Eindringen ins Innere der Zellen R. nicht sehen konnte. Kurella.

---

62) **Ottolenghi** und **Lombroso.** L'imagine psichica e la visione negli ipnotizzati (Gesichtsvorstellung und Sehen bei Hypnotisirten).
(Archivio di Psichiatria e di Scienza penale ed Antropologia criminale 1890, XI, 3.)

Die Autoren erklären die Aenderungen der suggerirten Gesichtsvorstellungen durch Linsen in folgender Weise. Die Erregung, welche die Quelle der Gesichtsphantasmen ist, pflanzen sich von corticalen Centren auf die Netzhaut fort. Die auf der Retina so entstandene molekuläre Bewegung wird durch die dioptrische Wirkung der Augenmedien nach aussen übertragen und lässt so ein anderes Bild entstehen, das sich auf dem Hintergrund wie auf einem Schirm fixirt. Die angewandten Linsen wirken also nicht auf die Netzhaut, sondern auf die von dieser nach aussen projicirten Bilder. Das psychische Bild durchläuft, aber in entgegengesetzter Richtung, den von dem reellen Bilde zurückgelegten Weg. Dieser geht von aussen auf die Retina und von dort auf das Sehcentrum; jener vom corticalen Sehcentrum auf denselben Leitungsbahnen auf die Retina und wird von dieser aus nach aussen projicirt.

Die Verfasser haben bei leicht hypnotisirbaren Individuen die Sehschärfe und das Gesichtsfeld gemessen, und in keinem Falle Verhältnisse gefunden, die über das physiologische hinausgehen.

Autorreferat.

---

63) **Mott** and **Schaefer** (London): On associated eye-movements produced by cortical faradization of the monkey's brain. (Associirte Augenbewegungen durch corticale Faradisirung beim Affengehirn.) (Brain, Summer number.)

Die angestellten Untersuchungen rubriciren sich nach 4 Gesichtspunkten:

1. Associirte Augenbewegungen durch einseitige Faradisation des Stirnlappens.

Nur bei Affen mit gut entwickeltem Gehirn gelang es, eine Differenzirung der Augenbewegungen festzustellen. Erschwert ist die Untersuchung dadurch, dass bei längerer Reizung einer bestimmten Stelle die Faradisirung einer benachbarten Gegend noch auf die erstere mitwirkt.

Es gelang, 3 Zonen zu unterscheiden (hierzu eine Zeichnung): eine mittlere Zone unmittelbar unter dem horizontalen Theile der praecentralen Furche. Reizung auf einer Seite ruft conjugirte seitliche Bewegungen ohne Bewegung nach oben und unten hervor. Oberhalb dieses Gebietes befindet sich eine Zone, deren Reizung Bewegung der Augen nach unten mit seitlicher Ablenkung und unterhalb der mittleren Zone eine solche, deren Reizung Bewegung nach oben ebenfalls mit seitlicher Ablenkung zur Folge hat.

Ausser den Bewegungen der Augen kamen auch Bewegungen des Kopfes nach bestimmten Richtungen zur Beobachtung.

Einseitige Reizung brachte auch nach Durchschneiden des Balkens und nach Zerstörung der entsprechenden Zone in der andern Hemisphäre bilaterale Bewegungen zu Stande.

2. Gleich starke gleichzeitige Ströme, welche entsprechende Punkte beider Hemisphären in den oben beschriebenen mittleren Zonen trafen, riefen Mittelstellung der Augen hervor, in den obern oder untern Zonen parallele Bewegungen der Augen nach oben und unten ohne seitliche Ablenkung.

3. Beiderseitige Faradisirung von Punkten des Hinterhauptlappens in der visuellen Zone, welche, einseitig gereizt, eine einfache conjugirte laterale Ablenkung ergaben, führte zum Parallelismus und zur Fixation der Sehaxen, resp. blieben die Augen, wenn vorher in der Ruhestellung, bewegungslos.

4. Bei gleichzeitiger und gleich starker Reizung einander entgegengesetzt wirkender Gebiete im Stirn- und Hinterhauptslappen überwog die Wirkung, welche die Reizung der Frontalrinde allein zur Folge gehabt haben würde. Ascher.

---

64) **Mott** and **Schaefer**: On movements resulting from faradic excitation of the corpus callosum in monkeys. (Bewegungen nach faradischer Reizung des Balkens beim Affen.) (Brain, Summer number.)

Ein Paar feine Elektroden wurden in die grosse Längsspalte eingeführt und so die Oberfläche des Balkens gereizt. Je nach dem Ansatzpunkte der Elektroden wurden bilaterale Bewegungen des Kopfes, des Rumpfes und der Glieder ausgelöst. Die Wirkung trat ein bei schwachen Strömen und hörte auf, sobald die Elektroden ein wenig vom Balken entfernt und näher an die motorischen Rindengebiete gebracht wurden, so dass die Annahme ausgeschlossen werden konnte, dass etwa die eintretenden Bewegungen von den in der motorischen Zone der Gehirnoberfläche sich verbreitenden Strömen abhängig sei. Von vorn nach hinten gehend, betrafen die ausgelösten Bewegungen gleich hinter dem Knie, Kopf und Auge, dann Oberarm und den

oberen Theil des Rumpfes, dann Unterarm mit Hand und Fingern, dann den untern Theil des Rumpfes und die untern Extremitäten. War die motorische Zone der einen Hemisphäre zerstört, so blieben die Bewegungen auf die gleichnamige Seite beschränkt; war der Reiz zu stark, so folgten epileptische Contractionen. Nie kamen Bewegungen der Gesichtsmuskulatur vom Balken aus zu Stande. Selten glückte es überhaupt, isolirte Bewegungen zu erhalten.

Aus diesen Untersuchungen gelangten Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Der Balken enthält Fasern, deren Reizung Bewegung in beiden Körperhälften zur Folge hat.

2. Diese Fasern gehen nicht direct vom Balken zur innern Kapsel, sondern treten in die Rinde ein, wo sie zu den sogenannten motorischen Centren gelangen. Die Fasern, welche zu den motorischen Centren laufen, sind zwar in bestimmten Stellen des Balkens zum grösseren Theil gruppirt, jedoch auch nicht auf diese Stellen beschränkt, sondern in einer gewissen Ausdehnung in der mittleren Partie der Commissur zerstreut.

Ascher.

---

65) **Felix Semon** und **Victor Horsley**: Ueber die Beziehungen des Kehlkopfs zum motorischen Nervensystem.

(Deutsche med. Wochenschrift No. 31 S. 672.)

Die Pathologie des Nervenapparates des Kehlkopfs schien vollständig ausgebaut und abgeschlossen, bis Semon und unabhängig von ihm Rosenbach die bisher unbekannte Thatsache feststellten, dass bei progressiver organischer Läsion der motorischen Kehlkopfnerven von der Medulla abwärts die *Erweiterer* der Glottis stets zuerst und ausschliesslich litten, während bei allen functionellen Erkrankungen die Gruppe der Verengerer afficirt war. Semon und andere haben dann noch nachgewiesen, dass am herausgenommenen Kehlkopfe auch die Musculi postici schneller ihre elektrische Erregbarkeit einbüssen, als die Verengerer. Krause u. a. haben die Erklärung der genannten Forscher bestritten resp. durch andere Hypothesen ersetzt.

Diese zum Theil mit grosser Erregung verfochtenen Controversen haben die Verfasser veranlasst, „die physiologischen Verhältnisse der motorischen Nervenzufuhr des Kehlkopfes eingehender zu studiren, als dies bisher geschehen war.“

Die Verfasser haben dabei unter strengster Trennung der respiratorischen Functionen des Larynx von seinen phonatorischen Leistungen der Reihe nach die Beziehungen der Medulla oblongata, des peripherischen Systems, der Rinde und der verbindenden Fasern (corona radiata und capsula interna) zu den beiden genannten Thätigkeiten des Kehlkopfs geprüft. Obgleich Referent die hierauf bezüglichen Thierexperimente während des internationalen Congresses mit eigenen Augen zu sehen Gelegenheit gehabt hat, muss er es sich doch versagen, des Näheren auf dieselben einzugehen und giebt unter Verweisung auf das Original nur die von den genannten Forschern gefundenen Resultate in gedrängter Kürze wieder.

*I. Medulla oblongata.*

a. Respiratorische Repräsentation.

In der Medulla existirt ein Centrum für die *respiratorischen Kehlkopfbewegungen*, welches unabhängig von demjenigen für die thoracische Respira-

tion ist. Dafür spricht 1) die von Semon schon früher erhärtete Thatsache, dass die Glottis dauernd offen stehen bleibt, während der Thorax sich rhythmisch erweitert und contrahirt, 2) die an der Katze experimentell gewonnene Erfahrung, dass Reizung des oberen Abschnitts des Bodens des vierten Ventrikels dauernde Glottisöffnung hervorruft, während der Thorax seine rhythmischen Athembewegungen fortsetzt! Dabei scheint diese bulbäre Repräsentation des Larynx eine doppelseitige zu sein, denn bei Reizung der entsprechenden Abschnitte der *einen* Seite des Bulbus werden *doppelseitige* Stimmbandbewegungen inspiratorischer und exspiratorischer Natur ausgelöst.

b. Phonatorische Repräsentation.

Eine solche war bewiesen durch das wohlbekannte Experiment Vulpian's, der nach Abtragung des übrigen Gehirns von der Medulla aus reflectorisch einen Schrei auslöste. Semon und Horsley haben auf direkte Reizung der Ala cinerea und des Calamus scriptorius (oberer Rand) ausnahmslos einen kräftigen Glottisschluss erzielt. Die früher von ihnen dabei beobachtete Auswärtsbewegung der Stimmbänder ist nunmehr nur als eine Folge starker Aethernarkose anzusehen und gilt den Forschern als nicht mehr richtig.

*II. Peripherisches System.*

Verfasser lassen die Frage, ob die motorischen Fasern des Recurrens vom inneren Ast des Accessorius oder vom Vagus kommen, unter Anerkennung der von Grabower und Grossmann über diesen Gegenstand neuerdings gelieferten Arbeiten unerörtert. Dagegen negiren sie auf Grund ihrer Experimente das Vorhandensein centripetaler Fasern im Recurrens. Im Uebrigen betonen sie natürlich die als Rosenbach-Semon'sches Gesetz wohlbekannte Erfahrung von der geringeren Widerstandsfähigkeit der Posticusäste sowohl bei peripherischer wie centraler Erkrankung des Recurrens und führen u. a. als neue Beweise dafür die von B. Fränkel und Gad gemachten Versuche mit allmählicher Abkühlung des N. recurrens an.

*III. Hirnrinde.*

Die Hirnrinde besitzt Centren auch für die *Abduction* der Stimmbänder; doch lassen die einzelnen Thiergattungen Unterschiede hierin erkennen. Durch Reizung des Gyrus praecrucialis (Gyrus praefrontalis Owen) wird Beschleunigung der Athmung erzeugt, Vertiefung derselben am häufigsten von der Gegend um das untere Ende des Sulcus crucialis herum. Bei der Katze liess sich stets durch Reizung der Gegend oberhalb des Sulcus olfactorius Inspirationsstellung der Stimmbänder erzeugen.

Für die Abduction der Stimmbänder findet sich in jeder Grosshirnhemisphäre ein Centrum und zwar beim Affen nach hinten von dem unteren Ende des Sulcus praecentralis, an der Basis der dritten Stirnwindung und bei den Carnivoren im Gyrus praecrucialis und dem benachbarten Gyrus. *Einseitige Reizung producirt doppelseitige* Wirkung. *Einseitige* Zerstörung producirt *keine* Stimmbandlähmung. *Laryngismus stridulus* kann daher die Folge einer einseitigen Reizung dieses Centrums sein. *Der epileptische Schrei* ist nicht das Resultat einer medullären Entladung, sondern rührt von einer Rindenerregung her.

*IV. Verbindende Fasern.*

Die *Corona radiata* zeigt keine besonderen Eigenthümlichkeiten.

Im vorderen Gliede und weiter nach unten hauptsächlich im Knie der *Capsula interna* sind die der Respiration dienenden Fasern enthalten, und zwar findet folgende Anordnung der Fasern bei Carnivoren statt: Am meisten nach vorn findet sich die Repräsentation für Beschleunigung der Respirations- und Stimmbandbewegungen, sodann weiter nach hinten dasselbe mit Vorwiegen der Auswärtsbewegung der Stimmbänder und gerade am Genu findet sich eine Verstärkung der Bewegungen. „Die Lage der Faserbündel, deren Reizung Athmungsbeschleunigung erzeugt, entspricht im Ganzen dem Christiani'schen Beschleunigungscentrum im dritten Ventrikel und dem von Ott in den Basalganglien entdeckten Punkt."

Ebenfalls am Genu oder dicht hinter demselben und sich bis in das hintere Glied erstreckend, liegen bei Carnivoren auch die Fasern, welche der *Phonation* dienen. Beim Affen sind sie als ein kleines Bündel im hinteren Gliede der Kapsel unter den Fasern für die Bewegungen der Zunge und des Rachens concentrirt. Bei Reizung dieser Fasern haben die Verfasser stets bilaterale Effecte erhalten. Peltesohn.

---

66) **Warren P. Lombard**: The Effect of Fatigue on Voluntary Muscular Contractions. (Der Einfluss der Ermüdung auf willkürliche Muskelzusammenziehungen.) (Americ. Journ. of Psychology Vol. III No. 1.)

Bei den Experimenten wurden die Flexoren des Zeigefingers unter Willens- oder elektrischem Reiz untersucht. Die Aufzeichnung der Bewegung geschah durch ein Gewicht, das an einer am Finger befestigten, über eine Rolle gleitenden Schnur hing, an welcher der die Schreibfeder tragende, bei der Flection horizontal bewegliche Schlitten befestigt war. Die Experimente wurden unter Fixirung des Arms und der Hand durchgeführt. Der betreffende Muskel wurde alle zwei Secunden auf ein elektrisches Signal hin contrahirt, die Muskel ermüdeten schnell bei 3 Kilo Gegengewicht, schon nach 110 Secunden konnte die Versuchsperson das Gewicht kaum bewegen, von da an nahm die Kraft aber zu, und während der nächsten halben Minute brachte jede Contraction das Gewicht höher. Von da an trat wieder Ermüdung ein, und die Hubhöhen wurden wieder geringer, was bei äusserster Anstrengung fortdauerte. Nachdem von Neuem das Gefühl voller Erschöpfung eingetreten war, zeigte sich ein neuer Zuwachs an Kraft, und innerhalb 12 Minuten liess sich die Ab- und Zunahme der Hubhöhe bei willkürlicher Contraction 5mal nachweisen. An sich selbst konnte L. diese Erscheinung constant nachweisen, und in gleicher Form an verschiedenen Muskeln beider Arme, und ebenso constant an zwei andern Personen, während sie, abgesehen von einer gewissen Unregelmässigkeit, bei andern Personen fehlte; wie L. bemerkt, ist das nicht überraschend, da die Fähigkeit der Ausdauer bei einer, in Folge von Ermüdung lästigen Arbeit individuell sehr verschieden ist. Auf Grund der zahlreichen Versuchsprotokolle discutirt L. die Frage nach dem Sitz der zu Grunde liegenden Veränderungen; er schliesst Muskelfaser, Nervenendigung und Nervenfaser aus und localisirt den Process im Centrum, da der Willensimpuls gleich bliebe, wäre der Ort der Schwankungen wahrscheinlich in einem der Mechanismen zwischen den Impuls gebenden Hirngebieten und den centrifugalen Nerven. E. Goodall.

---

67) **Charcot:** Cas d'abasie: 1) Abasie paralytique, 2) Abasie trépidante, 3) même forme. (Leçons du mardi à la Salpêtrière, Tome II 1890 p. 469.)

1) *Abasie paralytique:* Mann von 44 Jahren, Enkel eines berühmten Componisten. Die Grossmutter war nervös, die Mutter Potatrix, ein Onkel Absinthtrinker. Patient, welcher von Jugend auf nervös war, widmet sich dem Theater. Im 34. Lebensjahr hatte er wegen Untreue seiner Frau grossen Kummer, bekam Anfälle von heftigem Zittern ohne Bewusstseinsverlust. Wiederholungen derselben nach psychischer Erregung traten in der Folge alle 6—8 Monate auf; vor 2 Jahren trat nach einem solchen Anfall zuerst der jetzige krankhafte Zustand auf. Als damals Patient sich aus dem Bett erheben wollte, die Füsse kaum den Boden berührt hatten, fiel er um, konnte nicht stehen und gehen; in Rückenlage waren alle Bewegungen möglich, desgleichen auch Knieen, Kriechen etc. Nach einigen Monaten konnte Patient wenigstens wieder mit einem Stock gehen. Nach einem neuen Anfall trat aber wieder der alte Zustand ein. Ausser den Anfällen bestand Hemianalgesie, Anaesthesie der gleichseitigen Cornea, Veränderung des Geschmacks und Geruchs, endlich ein leichtes Zittern in allen Gliedern, welches sich bei Bewegung verstärkte. Der Fall gehört nach Ch. ins Gebiet der Hysterie. Einen ähnlichen Fall von Astasie-Abasie beobachtete Ch. bei einem Knaben von 12 Jahren (l. c. p. 360) und theilt einen Fall von Brunon (Normandie méd. 1889 No. 9) mit, der auch ein Kind von 8 Jahren betrifft. Kinder scheinen nach Ch. häufiger betroffen zu werden und die Heilung nach den mitgetheilten Beobachtungen bei ihnen rascher einzutreten.

2) *Abasie trépidante:* Mann, 49 Jahre alt, zeigte die Erscheinungen der Abasie trépidante. Sonstige Bewegungsfähigkeit gut. Wichtig ist die Entwicklung des Leidens. Es bestanden in der Familie Geistesstörung und Rückenmarksleiden. Patient war als Kind leicht erregt und hatte schreckhafte Hallucinationen. Mit 8 Jahren linksseitige Hemiplegie ohne Bewusstseinsstörung; während die Hemiplegie bald wieder verschwand, stellte sich Blödsinn ein. Vor 2—3 Jahren soll die jetzige Gehstörung eingetreten sein. Es besteht ausserdem Gesichtsfeldseinschränkung und links Hyperaesthesie. Ch. erwägt, ob Hysterie oder frühere Läsion des Gehcentrums die Ursache der Abasie ist, und nähert sich der letzteren Annahme, hält es überhaupt für wichtig, dem Gang der Patienten bei Herderkrankungen mit Rücksicht auf Abasie trépidante mehr Beachtung zu schenken.

3) *Abasie trépidante:* Mann von 75 Jahren. Stets gesund, bekam er eine Gehstörung vor 6 Jahren im linken, dann auch im rechten Bein. In der Rückenlage sind die Bewegungen gut. Stehen kann er, zittert aber in den Beinen, wenn er angestossen wird. Während er auf allen Vieren kriechen kann, ist der gewöhnliche Gang gestört und zwar tritt in dem Momente des Hebens des Beins und Beugens des Kniees eine rasche Extensionsbewegung des Beins ein. Dagegen vermag er seltenere Gehbewegungen, z. B. militärische, gut auszuführen. Ch. war geneigt, eine Herderkrankung anzunehmen. Kurz vor Abgang des Kranken traten hysterische Erscheinungen auf. Otto.

68) **Otto Scheffels.** Ein Fall von Perivasculitis retinae (aus der Augenheilanstalt zu Wiesbaden). (Arch. f. Aug. XXII, 4. 1891.)

Der Fall dürfte von allgemeinerem Interesse sein, da er ein zweifelloses Beispiel von spätem Auftreten der hereditären Syphilis darstellt. Der Vater des Patienten hatte zunächst 4 gesunde Kinder gezeugt, dann sich inficirt und war durch Inunction „geheilt" worden. Es folgten in der Ehe 2 Aborte, dann wurde Patient geboren. Letzterer war gesund bis zu seinem 18. Jahr. Da trat bei ihm eine Perivasculitis der Netzhaut beider Augen auf, die die Arterien vollständig verschont, sich nur auf das Venengebiet beschränkt, dies aber auch, mit einziger Ausnahme der linksseitigen Vena tempor. super. vollständig befällt, zu partiellem Gefässverschluss, enormer Verbreiterung und ganz eigenthümlicher Schlängelung der Venenendigungen, sowie zu starken Blutungen führt und auf eine Inunctionscur — nach vorübergehender Verschlimmerung — schnell abheilt. Blutungen und perivasculitische Herde werden vollständig resorbirt, nur bleiben die wunderlichen Verschlängelungen dauernd bestehen, aber ohne stärkere Füllung.

Dr. Heddaeus (Essen).

---

69) **Dr. Schwabach**: Ueber Gehörstörungen bei Meningitis cerebrospinalis. (Zeitschrift für klinische Medicin. 18. Bd. III. u. IV. Heft.)

Verfasser berichtet ausführlich über einen letal endenden Fall von Meningitis cerebrospinalis, der vor dem Tode zu schweren Gehörsstörungen geführt hatte, und den Verfasser auf der Leyden'schen Klinik ziemlich früh einer genauen Hörprüfung mit Stimmgabeln unterziehen konnte.

Aus dem anatomischen Befunde geht hervor, dass das Mittelohr verhältnissmässig geringe Zeichen einer Erkrankung darbot (fibrinös-eitriges, resp. haemorrhagisches Exsudat namentlich in den Nischen des runden und ovalen Fensters, Diplococcen im Eiter desselben). Im Gegensatz hierzu zeigte das innere Ohr die allerstärksten Veränderungen: Strotzende Fülle der Gefässe des Labyrinths, die Arachnoidalscheide des N. acusticus ist in allen seinen Verzweigungen eitrig infiltrirt. Zahlreiche Ekchymosen, Granulationsbildungen, Knochenusuren sind nachweisbar. Die bindegewebige Auskleidung des perilymphatischen Raumes, sowohl in der Schnecke (scala tympani) als auch in den Vorhofsgebilden ist eitrig infiltrirt und stellenweise zu Grunde gegangen. Im endolymphatischen Raum des Vestibulum und in den halbcirkelförmigen Kanälen war die Endolymphe geronnen. — Verfasser betrachtet den vorliegenden Befund in erster Linie als einen neuen Beweis für die hauptsächliche Localisation der Meningitis cerebrospinalis in den Gebilden des inneren Ohres. Es können auch Mittelohreiterungen daneben vorkommen, die schweren Störungen des Gehörs rühren jedoch nicht von ihnen her. Ferner spricht der feinere mikroskopische Befund für die Ansicht Helmholtz's, dass die in der Nähe des runden Fensters gelegenen Nervenfasern für die Perception der hohen Töne dienen. Patient hatte nämlich bei vollständiger Taubheit rechts und bei Taubheit für alle tiefen Stimmgabeltöne links auf der letzteren Seite $c''$ und $c^4$ mehrere Secunden per Luftleitung wahrnehmen können. Die mikroskopische Untersuchung ergab nun in der That, dass die pathologischen Veränderungen der Schnecke in der Basalwindung gerade am geringfügigsten gewesen waren.

Peltesohn.

---

70) **Dr. Paul Koch.** Contributions laryngologiques.

Luxembourg, Imprimerie Th. Schroell, 1890.

Verfasser behandelt in acht Abschnitten verschiedene Fragen aus dem Gebiete der Halskrankheiten, von denen jedoch nur ein Theil die Leser dieses Blattes interessiren dürfte. Im ersten Artikel rühmt er den hohen *diagnostischen* Werth der Laryngoskopie für die Erkennung von constitutionellen Erkrankungen (*Syphilis*, *Tuberculose*). Die mittels des Kehlkopfspiegels erkennbare Lähmung gewisser Kehlkopfmuskeln wird uns an die Möglichkeit einer chronischen Vergiftung mit *Blei*, *Arsenik* oder *Atropin* denken lassen. Die ersten Anzeichen eines *Aneurysma Aortae* und eines *Oesophaguscarcinoms* (Lähmung des Stimmbandes) sowie des *Morbus Brigthii* (Larynxödem) werden häufig mit dem Kehlkopfspiegel erkannt. Die erst seit wenigen Jahren bekannten Larynxkrisen im Beginn des *Tabes* sind mit Hilfe der Laryngoskopie erst studirt worden und endlich erweist der Kehlkopfspiegel bei einer Aphonie das Vorhandensein von Hysterie durch das charakteristische Verhalten des Larynx. — In dem zweiten, den Parästhesien der oberen Luftwege gewidmeten Artikel handelt Verfasser zuerst über den Begriff der Parästhesien im Allgemeinen. Dann empfiehlt er bei den Parästhesien des Halses die minutiöseste Untersuchung desselben, weil schon die allerkleinsten Veränderungen der Schleimhaut die Quelle jener sonderbaren Empfindungen sein können. Die Angaben der Patienten über den Sitz der Parästhesie verdienen im Ganzen wenig Berücksichtigung, da erfahrungsgemäss die Localisation in dieser Gegend eine ungemein unzuverlässige ist. Parästhesien des Geruchs und des Geschmacks sind als erste Symptome der Tabes (Leyden, Meynert) beschrieben worden und werden in einem vom Verfasser beschriebenen Falle als die Vorboten von Verfolgungsideen erwähnt. Da minimale Verletzungen oder Reizzustände der Schleimhaut, der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs, Tumoren derselben etc. zu den Empfindungen eines Fremdkörpers Veranlassung geben können, so empfiehlt er locale Behandlung. Daneben empfiehlt er eine psychische Beeinflussung des Patienten. Sind im Halse keine Anomalien nachzuweisen, so soll man die Krankheiten entfernterer Organe, wie des Uterus, in den Bereich seiner Therapie ziehen. — Vor Narcoticis und Brompräparaten glaubt er warnen zu müssen. Im dritten Kapitel bespricht Verfasser unter Anführung von zwei neuen Fällen die Symptomatologie der *Aphonia spastica*, ohne etwas Neues zu bringen.

Im sechsten Kapitel bespricht Verfasser die Frage vom *nervösen Husten*. Die Existenz desselben ist nicht zu bezweifeln. Doch darf derselbe nur da als sicher diagnosticirt werden, wo die Erkrankungen der Organe des Thorax und des Unterleibs ausgeschlossen werden können und wo weder Hysterie, Keuchhusten, noch beginnende Phthise vorliegt. Als Merkmal desselben gilt ein eigenthümlicher monotoner Klang, dessen Färbung eine individuell verschiedene ist, und die Unfähigkeit, denselben anders als unwillkürlich hervorzubringen. Die bisher angegebenen Medicamente nützen gar nichts. Der Husten heilt von selbst, namentlich auf hoher See oder im Gebirge.

Peltesche.

71) **Alexander Miles** (Edinburgh): Preliminary note on certain morbid products found in the brains of patients dying after severe head injuries. (Vorläufige Bemerkung über pathologische Producte im Gehirn nach Kopfverletzungen Gestorbener.) (Brains, Summer number.)

M. fand in verschiedenen solchen Fällen colloide Körperchen von 7 bis 50 $\mu$ Grösse. Sie waren von runder oder ovoider Gestalt, homogen ohne Kern oder andere zellige Anordnung. Sie werden durch Hämatoxylin und Osmiumsäure gut gefärbt, werden aber durch Pikrocarmin nicht geändert. Diese Körperchen fanden sich überall im Gehirn. Sie sind am grössten in der weissen Substanz und am zahlreichsten in der unmittelbaren Nachbarschaft punktförmiger Hämorrhagien. In der grauen Substanz sind sie in grosser Zahl in den oberen Schichten vorhanden. Sie sind kleiner und dunkler gefärbt als die Gebilde in der weissen Substanz, haben aber hier das Bestreben, mit einander zu coalesciren. Im lymphatischen System finden sie sich besonders in den Maschen der zarten Hirnhaut und längs der grossen intracerebralen Blutgefässe.

Von der Bedeutung dieser Körperchen weiss M. noch nichts Endgültiges zu sagen. Wahrscheinlich stehen sie in Beziehung zum Myelin der Nervenfasern. Auffallend ist das rasche Entstehen der Gebilde. (In einem Falle trat der Exitus 14 Stunden nach der Verletzung ein.) Ascher.

---

72) **Charles L. Dana** (New-York): A contribution to the pathological anatomy of Chorea with the report of a case. (Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Chorea mit einer Krankheitsgeschichte.) (Brain, Spring number.)

Der besprochene Fall betrifft einen 19jährigen Menschen, welcher seit seinem 6. Lebensjahre an choreatischen Zuckungen gelitten hatte, wozu später noch häufige epileptische Anfälle kamen. Bei der Section, resp. der späteren mikroskopischen Untersuchung ergab sich folgender Befund: chronische Leptomeningitis, diffuse und varicöse Erweiterung in den kleinen Arterien, insbesondere in den tieferen subcorticalen Gegenden und in der Kapsel, degenerative Veränderungen in den Arterienwandungen, Erweiterung der perivasculären Lymphräume. Am schwersten waren die Veränderungen im Schläfenlappen, in der inneren Kapsel und in den angrenzenden Theilen des Streifenhügels und des Sehhügels. Hier wurden variciöse Nervenfasern bemerkt. In der Brücke und im verlängerten Mark traten die Veränderungen weniger hervor.

In den Pyramidensträngen fand sich das Bindegewebe vermehrt. Das Rückenmark zeigte ausser einer leichten Leptomeningitis starke Hyperaemie desselben besonders in den Seitensträngen.

Im Anschluss an diesen Fall hat sich Verfasser der dankbaren Mühe unterzogen, die Fälle von Chorea, in denen sorgsame Untersuchungen gemacht worden sind, zusammenzustellen, sie kritisch nach 5 Formen zu sichten und dann zur näheren Besprechung die gewöhnlich vorkommenden Formen von subacuter und chronischer Sydenham'scher Chorea herauszunehmen. In 16 Fällen der ersten Gruppe wurde starke cerebrale Hyperaemie constatirt, Erweichungsherde, kleinste Haemorrhagien, stellenweise auch Embolien. Die Veränderungen waren am meisten in den tieferen Theilen der motorischen Bahnen, dem Nucleus lenticularis und dem inneren Theil des

Thalamus markirt. In einem Fall waren keine Veränderungen angeführt, in einem, wo nur das Corpus striatum und das Rückenmark untersucht waren, fanden sich Erweichungsherde u. s. w.

In 6 von Jakowenko mitgetheilten Fällen fanden sich hyaline Körperchen hauptsächlich im inneren Theile des Linsenkerns.

Aus 5 Fällen von chronischer Chorea mit 4—12jähriger Dauer liess sich als das wesentliche des pathologischen Befundes ableiten: Erweiterung und Verdickung der kleinsten Gefässe mit in Zerfall begriffener Umgebung, degenerative Veränderungen der Ganglienzellen, Varicositäten der Nervenfasern, alte Herde von Sklerose, endlich hyaline Körperchen.

Demnach besteht bei der Chorea zuerst vasomotorische Lähmung und trophische Störung in bestimmten Hirngebieten und nur zum geringen Theil im Rückenmark. In chronischen Fällen entsteht Hyperplasie des Bindegewebes und degenerative Veränderungen in Ganglienzellen und Nervenfasern. Ascher.

---

73) **Charcot:** Sur un cas de paraplégie diabétique.
(Arch. de Neurologie 1890 Mai.)

Nach einer einleitenden Besprechung des Zusammenhangs von Diabetes und Nervenaffection geht Verfasser auf eine Störung bei Diabetes über, welche mit der Alkoholparaplegie Aehnlichkeit hat und unter Umständen eine Tabes vortäuscht. Nach Leval-Picquechef giebt es Fälle von Diabetes mit Romberg'schem Symptom, ataktischem Gang, Fehlen des Kniephänomens und schiessenden Schmerzen. Die Differentialdiagnose würde schwierig werden, ob Tabes selbständig oder ob eine solche Störung im Gefolge der Diabetes vorhanden ist. Verfasser bestreitet nun, dass der Gang bei derartigen Diabeteskranken ein tabischer sei. Er nennt die Gangart vielmehr Démarche de Stepper (Steigen) und erklärt ihn durch die bestehende Schwäche der Muskulatur besonders in den Extensoren der Füsse, wie sie auch bei Alkoholismus und anderen toxischen Gehstörungen vorkommt. Elektrisch besteht dabei Entartungsreaction, und zu Grunde liegt eine peripherische Neuritis.

Der mitgetheilte Fall betrifft einen Mann von 37 Jahren, in dessen Familie Geistesstörung, Gicht, Selbstmord vorkam. Seit 3 Jahren ist er diabetisch, seit $1^1/_2$ Jahr hat er schiessende Schmerzen im Rücken, Ameisenkriechen in den Beinen, zuweilen auch in den Armen. Es besteht ein hoher Zuckergehalt des Urins, Romberg, kein Kniephänomen, keine Mastdarmstörung, zuweilen Blasenstörung. Pupillenreaction vorhanden. Der Gang ähnelt dem bei Alkoholparaplegie. Es besteht eine Lähmung der Extensoren des Fusses, besonders rechts, ohne wesentliche Abmagerung der betreffenden Muskeln und mit Entartungsreaction, Druckschmerzhaftigkeit. Active Streckung der Füsse ist nicht möglich. Eine eigentliche ataktische Störung besteht nicht. — Ausserdem leidet der Patient an suppurativer Otitis. — 3 Monate später Besserung so, dass zwar noch eine Gehstörung besteht, aber keine Entartungsreaction, kein Romberg, dagegen Auftreten von Wärme- und Kältesensationen in beiden Beinen.

Der Fall ist ein reiner Diabetesfall, Alkoholismus ist auszuschliessen, desgleichen liegt auch keine tabische, vielmehr eine der Alkoholparaplegie ähnliche diabetische Störung vor. Otto.

---

74) **Thorbjörn Hwass** (Stockholm): Kliniska och patologiskt-anatomiska bidrag till Kännedomen om den amyotrofiska lateralsklerosen. (Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Kenntniss der amyotrophischen Lateral-Sclerose.) (Nordiskt medicinskt Arkiv Bd. XXI Nr. 15 und 20.)

Ein Fall dieser Krankheit ist lange und eingehend von Professor R. Bruzelius in seiner Klinik in Stockholm beobachtet worden, wo der Verfasser Gelegenheit hatte, sie zu studiren. Ganz besonders eingehend behandelt die Arbeit, die sehr gut illustrirt ist, die pathologische Anatomie des Falles. Auftreten im März 1880 in Gestalt von Schwäche im linken Bein und dumpfen Schmerzen in der Leistenbeuge. Ursache unbekannt, erbliche Belastung nicht vorhanden. Beim Aufstützen auf den Boden wird das Bein steif. Schwierigkeiten beim Beugen des Kniees, das der Patient beim Gehen, das ihn sehr angreift, nachschleppt. Die Arbeit erschöpft ihn, er erschrickt leicht, und kann dann nicht einen Schritt thun. Schmerzhafte spontane Spannung in den Beinen. Im Sommer 1880 wird auch das rechte Bein angegriffen, an dem er bis dahin nur Kälte- und Taubheitsempfindungen gespürt hat. Am 8. October 1880 Parese der Beine, gesteigerte Sehnenreflexe, spinale Epilepsie. Das Erb'sche Phänomen springt von einem Bein aufs andre über; fibrilläre Zuckungen; Muskeln schlaff, aber ohne Atrophie. Arme: gesteigerte Sehnenreflexe, fibrilläre Zuckungen. Schmerzen in der Lumbalgegend, später Periostreflexe der Arme und Beine. Im Frühjahr 1881: gesteigerte Zuckungen und Parese, Atrophie der Fusssohlen. Parese der Arme, Krallenstellung der Hände, Ende 1881 pes equino-varus. Von da an treten die Muskelatrophien und der Tremor stark in den Vordergrund; am linken Arm treten die ersten Atrophien hervor, besonders am Thenar und Hypothenar; neben den atrophischen Muskeln treten auch in andern bis Ende 1883 Paresen auf, besonders in den Dorsal- und Abdominalmuskeln, im Schluckapparat und neben Dysarthrie und Dysphagie bestanden auch fibrilläre Zuckungen der Zunge und Lippen, Respirationsstörungen. Ende 1883 wurde auch zuerst eine Atrophie des rechten Beines bemerkbar, bald darauf auch Zungenatrophie, Parese des orbicularis oris, Ptosis, steigende Dysarthrie; dabei sind Sensibilität und Hautreflexe intact, während Sehnen- und Periostreflexe schwächer werden. Von den Hirnnerven sind Facialis und Hypoglossus am meisten beteiligt. Zu betonen ist in dem ganzen, mehr als fünfjährigen Verlauf die freie Intelligenz, das stereotype Lächeln, die vielfachen Remissionen, in denen auch die Schmerzen nachlassen. Tod Juni 1885, als Folge von Speisen-Aspiration.

Differentialdiagnostisch hebt H. als wichtigste Erscheinung die spastischen Symptome und die gesteigerten Sehnenreflexe hervor. Die mikroskopische Untersuchung ergab in der weissen Substanz Fehlen des Türk'schen Bündels rechts, Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen, durch deren Gebiet normale, markhaltige Fasern aus den Clarke'schen Säulen zu den directen Kleinhirnseitenstrangbahnen ziehen. In der grauen Substanz: Vermehrung der Gliakerne, der Deiters'schen Zellen, Entartung der grossen Ganglienzellen der Vorderhörner. Die Degeneration lässt sich aufwärts bis in die Pyramiden des Pons fortsetzen, jedoch nur links über die Pyramidenkreuzung hinaus. Entgegen dem Waller'schen Gesetz finden sich die Cervicalwurzeln ganz intact, während die vordern Lumbalwurzeln eine Abnahme der Zahl und des Kalibers der Nervenwurzeln erkennen lassen. H. sucht den Aus-

gangspunkt der Affection in einer primären Atrophie der betroffenen motorischen Leitungsbahnen. Kurella.

---

75) **P. W. Macdonald**: Notes on a case of tumour of the cerebellum with an absence of all symptoms. (Bermerkungen zu einem Fall von Kleinhirntumor ohne klinische Erscheinungen.) (Brain, Spring number.)

Bei der Section einer 89jährigen Frau, welche die letzten 24 Jahre ihres Lebens in der Irrenanstalt zu Dorset zugebracht hat, fand sich ein etwa apfelgrosser am Hinterhauptsbein festsitzender Tumor, welcher einen verhältnissmässig geringen Schwund der linken Kleinhirnhemisphäre — etwa um $^1/_3$ derselben — veranlasst hatte. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als kleinspindelzelliges Sarkom. In vivo hatte der Tumor keine Symptome gemacht, jedenfalls hatten Kopfschmerzen und Brechen gefehlt. Zur ophthalmoskopischen Untersuchung war kein Anlass gegeben. Die Sehfähigkeit war dem Alter entsprechend gewesen.

Wenn auch Verfasser es für ausgeschlossen hält, dass der Tumor die Psychose veranlasst hat, so hält er es doch für möglich, dass er eine secundäre und irritative Veranlassung dazu gewesen ist. Ascher.

---

76) **Neustab**: Zur Aetiologie der multiplen Sklerose.
(Russkaja Medizina Nr. 37 und 38. 1890.)

Der vorliegende Fall zeichnet sich vor andern dadurch aus, dass die multiple Sklerose als ätiologisches Moment ein recidivirendes Carcinom der linken Brustdrüse darbot und bei einer 48jährigen Frau auftrat; keiner der vielen Autoren, welche diese Krankheit beobachtet haben, giebt Krebs als Ursache derselben an, und alle stimmen darin überein, dass sie nie nach dem 45. Lebensjahre auftrete. Aus der langen Krankengeschichte seien hier nur die Symptome aufgeführt, welche an der unter allmäliger Steigerung aller Zeichen schliesslich untergegangenen Patientin beobachtet worden sind: die Voraussetzung des Verfassers eines Uebergreifens des krebsigen Processes auf die nervösen Centralorgane hat leider durch eine Section nicht bestätigt werden können und muss deshalb in suspenso bleiben.

1. *Störungen der Sensibilität:* starker Schmerz in den Schläfen, den Halswirbeln, Parästhesien und Störungen des Muskelsinnes.
2. *Motorische Störungen:* anfänglich Parese, dann Lähmung der Extremitäten, der Rücken- und Gesichtsmuskeln, Spannung der rechtsseitigen Armmuskeln und Contractur der Hals-Nackenmuskulatur.
3. Erhöhung der Haut- und besonders der Sehnenreflexe während des ganzen Verlaufs der Krankheit und Verschwinden derselben einige Tage vor dem Tode.
4. Störung (Lähmung) der Sphincteren.
5. *Trophische Störungen:* endliche Atrophie der gelähmten Muskeln, Auftreten von Decubitus auf der ganzen Körperoberfläche kurz vor dem Tode, Fieber, Oedeme und Krebskachexie.
6. *Vasomotorische Störungen:* Neigung zu Schweissen und Steigerung der Körpertemperatur.
7. *Bulbäre Symptome:* Sprachstörungen — anfangs secundirende Sprache, später Aphasie, erschwertes Kauen und Schlingen.

8. Ergriffensein der Vaguskerne am Boden des 4. Ventrikels: Pulsbeschleunigung, Herzarhythmie, Dyspnöe mit erschwertem Aushusten.

9. Psychische Störungen: starke Reizbarkeit und übermässige Eindrucksfähigkeit in der Anfangsperiode der Krankheit, später grosse Unruhe, Delirien, Hallucinationen, Demenz.

Es fehlten mithin von den gewöhnlichen Symptomen der multiplen Sklerose das Intentionszittern und der Nystagmus.

Verfasser ist uns den Nachweis schuldig geblieben, in welcher Weise der *carcinomatöse* Process in der Brustdrüse zu einer *Sklerose* der nervösen Centralorgane geführt haben kann. Er stellt sich übrigens die Sache in der Weise vor, dass der in der Nähe des plexus brachialis sich abspielende Process durch die Rückenmarkswurzeln in die medulla spinalis sich weiter verbreitet, also eine secundäre Degeneration in den Centralorganen gehabt hätte. Da nun aber die secundären auf- oder absteigenden Entartungen des Rückenmarks nach Erb niemals von Läsionen peripherer Nerven oder der vorderen Rückenmarkswurzeln ausgehen und nie heerdweise auftreten, so lässt Verfasser diese letztere Erscheinung unerklärt. Ref. erscheint die Diagnose doch nicht allzu sicher. Hinze.

---

77) **Russel and Taylor:** Treatment by suspension. (Zur Suspensionsbehandlung.) (Brain, Summer number.)

Die Verfasser geben zunächst eine Uebersicht über die von andern Autoren veröffentlichten Resultate, welche mit der Suspensionsbehandlung erzielt worden sind; ihre Literaturangaben schliessen mit Januar 1890 ab. Ihre eigenen Resultate beziehen sich auf 43 Fälle, darunter 32 Fälle von Tabes, 5 Fälle von Paralysis agitans etc. In der Behandlung folgten sie ganz der Charcot'schen Vorschrift, sie suspendirten einen um den andern Tag und höchstens 4 Minuten. Nur in 9 Fällen sahen sie eine Besserung, darunter waren 6 Fälle von Tabes; in 5 Fällen bemerkten sie eine deutliche Verschlimmerung, die übrigen verblieben im status quo ante. Die Verfasser üben nun des weiteren Kritik, ob und in welchem Masse die Besserung der Symptome von der Suspension abhängig zu machen ist. Die Ataxie, die lancinirenden Schmerzen, die gastrischen Krisen, die Störungen von Seiten der Blase und der Potenz wechseln bei der Tabes, so dass sich daher ein Einfluss der Suspension auf dieselbe nicht mit Sicherheit behaupten lässt. Beständige Symptome sind Augenlähmungen, verminderte Sehfähigkeit, das Argyll-Robertson'sche Phänomen und das Fehlen des Patellarsehnenreflexes. In Bezug auf diese Symptome sind nur wenige Erfolge durch die Suspensionsbehandlung zu verzeichnen. In keinem Fall hat sich eine Verbesserung des Sehens eingestellt. In einem Fall wurde behauptet, dass die Pupillen wieder auf Lichteinfall reagirten. Bei der Schwierigkeit, darüber mit Sicherheit sich Klarheit zu verschaffen, dürfte auch diese Thatsache zweifelhaft erscheinen. Auch der Behauptung, dass das Kniephänomen im Laufe der Behandlung wieder auftrat, stehen die Verfasser skeptisch gegenüber. So kommen sie zu dem Schluss, dass, wenn nach der Ansicht der Kranken selbst eine Besserung in den tabischen Störungen durch die Suspensionsbehandlung erzielt worden ist, diese zum grossen Theil auf den psychischen Einfluss, welchen die neu eingeschlagene Behandlung ausgeübt hat, zurückzuführen ist. (Referent nimmt hier Veranlassung, auf Grund seiner eigenen Erfahrungen

dieser fast vernichtenden Kritik der Suspensionsbehandlung entgegenzutreten. Die Behandlung erwies sich nämlich bei einer Reihe von Paralytikern, Epileptikern und Paranoischen mit tabischen Symptomen günstig; insbesondere in Bezug auf die Motilität und die Action der Sphincteren. Eine Wirkung durch Suggestion konnte gegenüber der psychischen Schwäche bei der grösseren Zahl der behandelten Geisteskranken ausgeschlossen werden. [S. Bericht über die 69. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. Juni 1890. Zeitschrift f. Psychiatrie etc. Bd. 47.]) Ascher.

---

78) **Frenkel** (Horn): Die Therapie atactischer Bewegungsstörungen. (Münch. med. Wochenschr. 1890, 52.)

Nach einer theoretischen Einleitung über die Erklärung der Ataxie und über Erlernung der Coordination theilt Verf. mit, dass er bei 3 Atactikern systematische Bewegungsübungen ausgeführt und damit Erfolge erzielt habe. Erlenmeyer.

---

79) **Alex. Peyer** (Zürich): Der unvollständige Beischlaf und seine Folgen beim männlichen Geschlecht. (Stuttgart, Enke 1890. 64 S.).

Ausführliche Darstellung der durch habituellen Congressus interruptus bei Männern verursachten lokalen Störungen und allgemeinen neurasthenischen Erscheinungen auf Grundlage der Literatur und eigener praktischen Erfahrungen unter Vorführung von 14 instructiven Krankengeschichten. Als Substrat der pathologischen Folgen des Congressus interruptus nimmt Verfasser einen chronischen Irritations- und Erschlaffungszustand der Pars prostatica urethrae an, hervorgerufen durch unvollkommene Lösung der Erection, d. h. durch wiederholt unvollständige Entleerung des blutüberfüllten Genitalschlauchs. Indem wir in Bezug auf die Einzelheiten der Symptomatologie und des Verlaufs der Fälle auf das Original verweisen, sei hervorgehoben, dass nach den Erfahrungen des Verfassers nur für einen Theil der Fälle ein einfaches Aussetzen des Congressus interruptus genügt, um die krankhaften Erscheinungen rückgängig zu machen. In vorgeschrittenen Fällen muss hierzu neben passender Allgemeinbehandlung eine lokale Einwirkung auf die Pars prostatica urethrae stattfinden und fanden das Psychrophor, Adstringentien und Metallbougies Anwendung. Mercklin.

---

80) **A. Pick** (Prag): Ueber peripherische Neuritis im Verlaufe der dementia paralytica, nebst Bemerkungen über die Complication dieser letzteren mit Imbecillität. (Berl. Klin. Wochenschr. 1890, 47).

Zu den in der Ueberschrift namhaft gemachten Complicationen theilt Verfasser 2 Fälle mit.

1. Geisteskranke Mutter gebiert in der Irrenanstalt einen Sohn, der imbecill und rhachitisch wird. Bei ihm entwickelt sich in dem ungewöhnlich frühen Alter von 22 oder 23 Jahren eine progressive Paralyse, die unter typischen Erscheinungen zum Tode führt und den charakteristischen Sectionsbefund aufweist. Während der Paralyse entsteht eine Peroneuslähmung mit typischer Haltung des Fusses und Bewegungsanomalie, ohne sensible und trophische Störungen, mit quanti- und qualitativen Entart.-Reaction. Verfasser

sieht in dem Zusammenvorkommen dieser peripheren Lähmung und der progressiven Paralyse keine blos zufällige Coincidenz, sondern einen pathogenetischen Zusammenhang.

Für den frühzeitigen Ausbruch der progressiven Paralyse nimmt er eine Hirnabnormität an, die aber in dem Sectionsbefund nicht erwähnt wird. Syphilis ist ausgeschlossen.

2. 38jährige Bauersfrau, deren Vater und Bruder Trinker, deren Schwester geisteskrank waren. Seit zwei Jahren wechselnde Schmerzen in verschiedenen Körpertheilen, Kopfschmerz, Paraesthesien, Anfall von Bewusstlosigkeit — wahrscheinlich ein paralytischer Anfall — hallucinatorischer tobsüchtiger Zustand. Später rasch bis zu hochgradiger Tobsucht sich steigernde Erregung, begleitet von diffusem maass- und sinnlosen Grössenwahn, dazwischen auch hypochondrische Aeusserungen ähnlichen Charakters. Während des Abklingens dieser durch mehrere Monate andauernden Tobsucht deutliches Hervortreten der bis dahin nicht mit Sicherheit nachweisbaren motorischen für die Paralyse sprechenden Störungen, ausgesprochene progressive Abnahme an Intelligenz, Fortbestehen der wenn auch nicht ausschliesslich typischen, so doch sehr charakteristischen Grössenidee bei wenig ausgesprochenem adaequalen Affect. Während des Verlaufs der Paralyse entwickelt sich offenbar rasch eine Peroneuslähmung, die als peripher angesprochen werden muss, und für welche Verfasser ein pathogenetisches Verhältniss zu der gleichzeitig vorhandenen Cerebrospinalaffection (Paralyse) annimmt. Er glaubt, auf Grund dieser beiden Fälle behaupten zu dürfen, dass die progressive Paralyse in einem ähnlichen Verhältniss zur peripheren Neuritis stehe, wie dies bezüglich der Tabes dorsalis als bestehend jetzt allgemein anerkannt ist. Erlenmeyer.

---

81) **A. Pick** (Prag): Ueber das Zusammenvorkommen von Akromegalie und Geistesstörung. (Prag. Med. Wochenschr. 1890, 42).

Einzelne Autoren nehmen eine neurotische Basis an. Es erscheint desshalb nicht ganz ohne Interesse, dass bei einem 47jährigen Manne mit Akromegalie eine acut hallucinatorische Paranoia beobachtet wird, die in 2 Monaten zur Heilung gelangte. Ein Bruder des Kranken hat sich in einem Anfalle von Geistesstörung entleibt, hatte aber keine Akromegalie. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Akromegalie und der Psychose bei dem Patienten ist natürlich nicht nachweisbar. Patient endete nach einigen Jahren auch durch Selbstmord. Die Maasszahlen des Falles sind im Original einzusehen; nach denselben ist die Akromegalie eine selten grosse gewesen. Erlenmeyer.

---

82) **C. Lombroso**: Anomalie psichiche di Michelangelo e Virgilio (Psychische Anomalien Michelangelo's und Virgil's). (Arch. Psich. XI. 3—4. 90).

Die Veröffentlichung der Briefe Michelangelo's und die scharfsinnigen Forschungen Parlagreco's zeigen bei Michelangelo eine neue Welt psychischer Anomalien, unter denen eine der wichtigsten seine vollständige Gleichgültigkeit gegen das weibliche Geschlecht zu sein scheint. In seinen Briefen stösst man beständig auf Wiedersprüche zwischen grandiosen und kindischen Ideen, zwischen Willen und Wort, zwischen Gedanken und That; gesteigerte

Reizbarkeit, ungeheure Empfänglichkeit, Unbeständigkeit in den Zuneigungen, plötzliche Sympathien, Anfälle von Enthusiasmus, von Furcht, stellenweise mangelndes Bewusstsein der eignen Handlungen, bewunderungswürdige Bescheidenheit auf dem Gebiet der Kunst, sinnlose Eitelkeit in Bezug auf die Aeusserlichkeiten des Lebens. Er schreibt die glänzendsten patriotischen Epigramme seiner Zeit, und verbittet sich dann die Grüsse seiner politisch missliebigen Gesinnungsgenossen.

In einem Briefe schreibt er: „Gestern Abend war ich glücklich, denn ich bin meine melancholische und verwirrte Stimmung los geworden.“ — Valmassi hat nachgewiesen, dass auch Virgil eine Abneigung gegen das weibliche Geschlecht hatte, während er Beziehungen zu Männern suchte, sodass einige seiner Geliebten (die Sklaven Cebetes und Alexander) bekannt wurden. S. Ottolenghi.

---

83) **R. Gucci**: Gli intercalari (die Schaltwörter).
(Lombroso's Archiv XI, 3—4.)

Als intercalar bezeichnet G. Worte und Phrasen, welche viele Individuen in verschiedener Häufigkeit in ihre Aeusserungen einschieben. Es lassen sich zwei recht verschiedene Arten aufstellen, je nachdem sie aus einer von denen in der Umgangssprache häufigsten Wendungen bestehen, oder aus einem Silbencomplex ohne bekannte Bedeutung. Zwischen diesen beiden Abarten giebt es einen Uebergang in gewissen verstümmelten Worten und gewissen Flüchen, welche bei im übrigen wohlerzogenen Leuten beiderlei Geschlechts häufig impulsiv geäussert werden. Sie haben eine Analogie mit dem Stottern und treten besonders bei Beginn der Pubertät auf, und sind durch energische Willensanstrengung einer Besserung fähig. Es handelt sich hier in erster Linie um eine Ansammlung von Spannkraft im Rindencentrum in Folge von Hemmung seiner Functionen; dieser Ueberschuss von Energie findet quasi ein Sicherheitsventil in der eintretenden periodischen Entladung, die aus unbekannten Gründen in einem bestimmten Silbencomplex und zwar immer in dem nämlichen, erfolgt. Ein eingehenderes Studium verdienen diejenigen Intercalare, welche wahre Neologismen darstellen und geäussert werden, ohne dass die geringste Störung in irgend einer coordinatorischen Function der Sprache besteht. Wahrscheinlich handelt es sich hier um eine mit den Processen der Ideenassociation zusammenhängende Denkstörung, innerhalb eines dem Bewusstsein fremden psychischen Mechanismus, dessen Gesetze und Entstehung uns vollkommen fremd sind. Die Intercalare sind nicht ohne Beziehung mit andern sehr ähnlichen Erscheinungen innerhalb der Grenzen geistiger Gesundheit; hierher gehört das Bedürfniss, ein Wort, einen Satz, einen Vers, eine Melodie zu wiederholen, oder Grimassen zu schneiden. G. schliesst, dass diese Erscheinung in der Sprache Gesunder existiren kann, und dass sie sowohl durch die Art, wie durch die Zähigkeit ihres Auftretens, sich als ein Product der niederen Schichten der Persönlichkeit ausweist; während es bei Gesunden sehr selten vorkommt, ist es die Regel bei Irren mit degenerativen Psychosen; wie die Neologismen hängt es nicht vom Delir ab, sondern findet sich in jedem normalen Gehirn vorgebildet, und wird nur durch fortwährende Hemmung an der Aeusserung gehindert. Ottolenghi.

---

84) **Jac. G. Kiernan** (Chicago): Mental symptoms of phthisis.
(The Medic. Standard, Oct. 1890.)

Ausser der allgemein bekannten, weil recht häufig vorkommenden Hoffnungsfreudigkeit findet sich bei Phthisikern, theils vor Ausbruch der Phthise, theils im Verlaufe derselben entstanden, noch eine Reihe seltener und daher weniger beachteter Symptome, die auf Alterationen der geistigen Thätigkeiten beruhen: plötzlich auftretende, mit Depressionszuständen wechselnde Reizbarkeit, nicht zu beseitigendes Misstrauen, Steigerung des Egoismus, Grössenwahn, Hang zum Nichtsthun, Interesselosigkeit u. s. w. — Diese Symptome stehen in einzelnen Fällen in einer Art Wechselbeziehung zur Phthise, insofern gewisse Aeusserungen der letzteren (Husten, Auswurf, Kurzathmigkeit) auf einige Zeit verschwinden, während Zeichen geistiger Erkrankung in die Erscheinung treten und umgekehrt. In anderen, nicht seltenen Fällen „modificirt" die Geisteserkrankung die präexistirende Phthise: Husten, Temperatursteigerung und andere deutliche Erscheinungen fehlen eben so oft, als sie vorhanden sind. — Verfasser führt als Beispiele der englischen Dichter Keats und Charlotte Bronte (Currer Bell) an und schliesst seine Abhandlung mit der Aufforderung, bei Phthisikern oder die Phthise Verdächtigen die Untersuchung der Geistesthätigkeiten über der körperlichen nicht zu vergessen und gegebenen Falles vor Allem die körperliche Ruhelosigkeit als Erzeugerin der geistigen durch Antipyrin oder Phenacetin, hauptsächlich auch durch psychische Behandlung zu bekämpfen.

Voigt (Oeynhausen).

---

85) **v. Krafft-Ebing**: Neue Forschungen auf dem Gebiet der Psychopathia sexualis. (Stuttgart, Enke 1890. 80 S.)

Die vorliegende Veröffentlichung bildet eine Ergänzung zu der unlängst erschienenen fünften Auflage der „Psychopathia sexualis" desselben Verfassers. Im ersten Theil werden zwei Formen perversen Sexuallebens unter der Bezeichnung „Masochismus und Sadismus" besprochen und durch Casuistik erläutert. Beim Masochismus (der Name ist gewählt, weil der Schriftsteller Sacher Masoch in mehreren Romanen diese Art der sexuellen Perversion schildert) handelt es sich um Fälle, wo der Mann auf Grund von sexuellen Empfindungen und Drängen sich vom Weibe misshandeln lässt und in der Rolle des Besiegten statt des Siegers sich gefällt. v. K.-E. deutet dies als eine rudimentäre conträre Sexualempfindung im Sinne der Effeminatio, wenigstens nach der seelischen Seite der vita sexualis. Der psychologische Hauptaccent liege nicht in dem effectiven oder potentiellen Schmerz, sondern in der mit der Misshandlung symbolisch gefühlten Demüthigung. — Das Gegenstück des Masochismus bildet der Sadismus (der Name ist von den Franzosen mit Hinblick auf den Fall des Marquis de Sade gewählt). Hier wird von Männern in Acten der Grausamkeit ein Aequivalent für den Coitus gesucht und gefunden.

Dass Masochismus und Sadismus auch bei Frauen vorkommt, erscheint wahrscheinlich, ist aber noch nicht durch wissenschaftliche Beobachtungen festgestellt.

Der zweite Theil der Schrift bringt „klinische Casuistik zur conträren Sexualempfindung." Die Beobachtung 12 — Effeminatio, ausführliche Selbst-

biographie aus der Feder eines Arztes — gehört zu dem Interessantesten, was bisher von dem Verfasser auf diesem Gebiet veröffentlicht worden ist.

Mercklin.

---

86) **P. J. Kowalewsky**: Hygiène et traitement des Maladies mentales et nerveuses. Traduit par W. de Holstein. (Paris. Felix Alcan 1891. 272 p. 8°.)

Schon im Vorwort tritt der Standpunkt des Verfassers deutlich hervor, der in der Mehrzahl der Geistes- und Nervenkrankheiten die Folge einer unzweckmässigen Lebensweise sieht, und in vielen Fällen entsprechende Lebensverhältnisse und Ernährungsbedingungen für hinreichend zur Genesung betrachtet, wobei eigentliche Medicamente eine mehr untergeordnete Rolle spielen. Deswegen stellt K. die Prophylaxe auch höher als die Therapie. Die heutige Therapie der Neurosen schätzt eine regelmässige Lebensweise, zweckmässige Ernährung, körperliche Erholung und gesunde psychische Einflüsse besonders hoch. In den einzelnen Capiteln bespricht K. hintereinander die Ernährung der Geistes- und Nervenkranken, die Getränke, die Kleidung, die Elektrotherapie, Hydrotherapie, die atmosphärische Luft, Kinésitherapie, die medicamentöse Behandlung, die Anstaltsbehandlung und zuletzt die Behandlung der Epilepsie. Die Fülle eigner Erfahrungen macht eine kurze Wiedergabe kaum möglich. Ueberall betont K. den hohen Werth der individuellen Behandlung; bezüglich der Ernährung betont K. die Bedeutung qualitativer Defecte der Ernährung, die bei Geisteskranken meist zu wünschen übrig liesse, während die Quantität oft zu gross wäre; er kommt nach sehr ausführlichen Literaturangaben zu dem Schluss, dass man bei der Ernährung Geisteskranker folgenden Anforderungen genügen müsse:

1) Die Speisen müssen Abwechslung bieten, — 2) ihre Menge muss ausreichend sein, — 3) Rindfleisch soll nur mit Vorsicht verabreicht werden, — 4) eine abwechslungslose Diät kann zur Nahrungsverweigerung und zur Erschöpfung führen, — 5) bei der Wahl der Ernährung muss die ganze Persönlichkeit und Individualität des Kranken berücksichtigt werden. Von Rindfleisch und Wildpret erwartet K. einen erregenden Einfluss auf das Nervensystem, besonders warnt er vor Darreichung derselben bei habituellem Kopfschmerz. Trotz der Zunahme der Muskelkraft und der intellectuellen Thätigkeit bei Fleischgenuss ist derselbe nicht absolut unentbehrlich, vielmehr ruft er bei Erschöpften und an Pflanzennahrung gewöhnten Individuen eine starke, an Rausch erinnernde Erregung hervor. K. warnt deshalb besonders vor reichlicher Fleischnahrung bei erblich belasteten Kindern, und citirt die Kinder der wohlhabenden Stadtbevölkerung als Beispiele solcher „Carnivoren-Pathologie“; er betont die unvermeidliche Bildung von irritirenden Stoffwechselproducten bei reichlich Fleisch geniessenden, eine sitzende Lebensweise führenden Städtern. Rindfleischgenuss empfiehlt V. bei passiver Melancholie, Stupor und Demenz, warnt vor grösseren Mengen bei Praecordialangst, activer Melancholie, degenerativen Psychosen und Epilepsie, sowie bei sexueller Erregtheit; in solchen Fällen empfiehlt er besonders Fisch-Nahrung; gänzlich vegetabilische Kost empfiehlt er bei Fällen von verlangsamtem Stoffwechsel oder von Anhäufung der regressiven Producte der Metamorphose, besonders bei sitzender Lebensweise, bei der auch der günstige Einfluss des hohen Phosphorgehalts pflanzlicher Nahrung auf die Hirnernährung in Frage kommt. Für Reconvalescenten empfiehlt er Obst und beson-

ders Traubenkuren, die in der Krim zugleich mit Bergaufenthalt und Seeluft verbunden werden können.

Die Methode, welche K. bei Nahrungsverweigerung anwendet, würde Ref. nicht empfehlen. Das Wesentliche daran ist die Einspritzung flüssiger Nahrung durch eine Ballonspritze mit festem Ansatzstück bei geschlossener Nase des von vier Personen festgehaltenen Kranken. K. theilt bei dieser Gelegenheit einen Fall mit, bei dem die Nahrungsverweigerung und die Wahnvorstellungen schwanden, nachdem die künstliche Ernährung die Kräfte gehoben hatte; als der P. wieder eine Zeit lang selbst gegessen hatte, traten diese Erscheinungen, mit Selbstmorddrang gepaart, wieder auf, um bei künstlicher Ernährung wieder zu schwinden; dieser Wechsel wiederholte sich fünfmal. Mit Recht hält K. die Verabreichung von Milch und Cognac für höchst gefährlich und erklärt Alkohol bei Psychose und degenerativen Neurosen für contraindicirt, da die den Entartungszuständen eigne Reizbarkeit, Heftigkeit und schnelle Erschöpfung zum Genuss und Uebergenuss von Alkohol verleitet. Die gegenwärtige Generation mit ihrem übermässigen Verlangen nach Thätigkeit und Erkenntniss hat das Verlangen nach künstlichen Anregungsmitteln; ebensowenig empfiehlt K. importirte Weine und räth leichten Landwein an. Noch mehr als Alkohol widerräth K. den Tabak bei praedisponirten Individuen, unter Hinweis auf die Bemerkung Venturi's, dass Tabakschnupfen häufig die Ursache von Geistestörungen ist, zumal in Irrenanstalten vorzugsweise die unheilbaren Kranken diese Gewohnheit haben. Bei elektrischer Therapie muss vor allen Dingen individualisirt werden, und ebenso bei Hydrotherapie; sowohl die Reizbarkeit, wie die Neigung zu Exitationen des Individuums kommen dabei in Frage.

Bei Besprechung des Klimas schildert er den Einfluss des Steppenlebens als sehr günstig. Seeluft empfiehlt er besonders bei Fällen leichter psychischer Depression, verbunden mit unzureichender Ernährung, während Bergluft für Fälle leichter Exitationen und chronischen Alkoholismus. Bei der Besprechung der mechanischen Therapie warnt der Verfasser vor Allem vor Uebertreibung und zieht in vielen Fällen Spazierengehen, Rudern, Reiten, Fechten und Spielen in der offenen Luft der Gymnastik vor, und empfiehlt als Ersatz derselben auch Garten- und Landarbeit. K. betont die Häufigkeit einer ungenügenden Entwicklung der Muskulatur des Brustkorbs und des oberen Theils des Rückens und der Schultern bei seinen Patienten; eine Inactivitätsatrophie, die als Folge einer einseitigen Erziehung aufgefasst werden muss. In solchen Fällen ist Rudern dringend zu empfehlen. K. empfiehlt dabei mit kurzen Uebungen anzufangen und bis zweimal täglichen, halbstündigen Uebungen langsam aufzusteigen.

Von älteren Behandlungsmethoden hat K. Blutegel in 6 Fällen unter 20 000 seiner Beobachtung angewendet, und zwar bei Furor, wenn Tod durch Erschöpfung drohte, und bei psychischer Depression mit günstigem Erfolge Collodium cantharidatum auf das Hinterhaupt, seltner hinter dem Processus mastoides; bei dieser Behandlung sah er oft ruhigen Schlaf, Esslust und einen besseren Ernährungszustand auftreten. Bezüglich der Narcotica spricht er den Wunsch aus, die kommende Generation möge ebenso streng über sie urtheilen, wie wir über die Ketten der Geisteskranken. In unsrer Zeit trete man mit Recht weniger activ gegenüber den Krankheitserscheinungen auf. Von den Alcaloiden empfiehlt er nur Cocain, und zwar bei Neurasthenie; Bromverbindungen ordnet er bei Frauen im Klimacterium an; die Anwen-

dung dieser Mittel während der Menses und 4—5 Tage vor- und nachher hatte oft nach 3—4 Monaten Genesung zur Folge. Bei kräftigen Männern gibt er Bromnatrium, bei Frauen und schwachen Individuen Bromammon; die ungünstigen Folgen, nämlich Gedächtniss- und Auffassungsschwäche, neben körperlicher Schwäche und Schlafsucht, die er bei Studenten sehr oft sah, verschwanden immer schnell nach Verringerung der Dose und Anwendung von Tonicis. K. dringt aufs Entschiedenste darauf, dass die Mutter während der Gravidität sehr regelmässig lebt, und nach psychischer Gleichmässigkeit strebt, kurz, handelt, als wenn sie nervenkrank wäre, wenn ihr Mann oder sie nicht vollkommen normal ist, und dass die Frau eines Alkoholisten sich aller geistigen Getränke enthält. Das Säugen durch die Mutter empfiehlt er schon deshalb, weil die Mutter dann sorgfältiger die Regeln der Hygiene und Prophylaxe beobachtet, auch verlangt K. von der Mutter die Ertheilung des ersten Unterrichts, und hält es bei gesunden Kindern nicht für nöthig, geistige Anregung zu scheuen, dagegen wendet er sich gegen die Sitte, allen Kindern eine sogenannte höhere Bildung zu ertheilen, vielmehr müsste der Art der Begabung mehr Rechnung getragen werden.

Besonders anziehend und ausführlich bespricht der Verfasser die psychische Behandlung, und betont die Bedeutung der Persönlichkeit des Arztes. Ein Irrenarzt, der seine Kranken und seinen Wirkungskreis liebt, kann, so drückt sich K. treffend aus, mit seinen Kranken machen, was er will; seine Fehler, die kein ehrlicher Mensch ganz läugnen kann, werden sie ihm dann nicht anrechnen. Wenn er seine Patienten stets nur als krank betrachtet, und niemals die Hoffnung einer Möglichkeit der Heilung aufgibt, wird es ihm leicht fallen, stets den rechten Weg einzuschlagen. Erst während der Reconvalescenz hat er das Recht und die Pflicht, den Zustand, in dem der Kranke war, und seine Wahnvorstellungen zu studiren, ein Studium, das viel lehrreicher ist, als das beste Buch; während der Krankheit lasse man die Patienten vollkommen ruhig und suche sie durch Beschäftigung abzuleiten. Körperliche Beschäftigung ist nützlich, physiologisch und hygienisch genommen, als Mittel zur Entwicklung, als ein mächtiges Hilfsmittel gegen die üblen Folgen einseitiger Lebensweise und schliesslich als moralischer und pädagogischer Factor. Daneben wird durch ausreichende Beschäftigung die finanzielle Last erleichtert, ein Gesichtspunkt, den der Arzt nicht ganz vernachlässigen darf. Indessen ist körperliche Arbeit nicht in allen Fällen angebracht. Zwang zur Arbeit steht auf gleicher Stufe mit der früher im Hospital St. Lazar in Warschau üblichen Massregel, jedem Patienten bei der Aufnahme eine tüchtige Portion Prügel zu verabreichen. Für die Stellung gegenüber der No-restraint-Frage muss auch die Nationalität in Rechnung gezogen werden. In Berlin und Wien ist das Anstaltswesen auf demselben System aufgebaut, und doch sind die Kranken in Berlin viel ruhiger, als die in Wien; in Frankreich sind die Irren sicher störender als in England, und eine norditalienische Anstalt ist sehr viel ruhiger als eine süditalienische. Die Anstalt in Stockholm ist gegen die in Constantinopel ein wahres Muster an Ruhe und Frieden. Diese Unterschiede hängen nicht nur von den Einrichtungen der Anstalt und ihrem Personal ab, sondern wesentlich vom Temperament der Rasse. K. hält die Wärter, die sich aus genesenen Kranken rekrutiren, für die besten; sie haben mehr Geduld und Theilnahme, und ein ausgeprägtes Pflichtgefühl. Die Zahl der Wärter in einer Anstalt steht in umgekehrtem Verhältniss zu ihrer Entwicklung; em-

pfehlenswerth sind die in Amerika bestehenden Wärterschulen, in denen theoretischer und praktischer Unterricht ertheilt wird.

Der dirigirende Arzt, das Lebensprincip der Anstalt, muss eine unbeschränkte Macht haben, sowohl den Kranken, wie dem Personal gegenüber. Der Irrenarzt darf vor Allem kein abgesondertes Leben führen, und die Anstalt darf nicht zu weit von einer Stadt liegen, damit die Beamten die so nöthige Ablenkung finden, und dauernd mit der Aussenwelt in Berührung kommen.

K. legt grossen Nachdruck auf die schnelle Ueberführung des Kranken in Anstaltsbehandlung und weist in dieser Beziehung auf die, für die Anstalt Münsterlingen im Thurgau geltende Bestimmung hin, dass bei Aufnahme innerhalb der ersten 6 Krankheitsmonate eine Freistelle gegeben werden soll.

Der Autor krönt sein Werk würdig mit einer Besprechung der Epilepsiebehandlung, die stets Geduld und Zeit erfordert, und bei der die hygienischen Massregeln eine zweckmässige Stelle einnehmen. Dies Kapitel zeigt noch besonders den hohen Werth der Grundsätze des Verfassers, und wie diese bei der Behandlung der Geisteskrankheiten in casu der Epilepsie ihre Anwendung finden. Das Buch ist unzweifelhaft höchst lesenswerth, wäre es allein deswegen, weil darin fortdauernd der Nachdruck darauf gelegt wird, dass nicht einer speziellen medicamentösen Behandlung der erste Rang zugehört, und wie es möglich ist, durch gründliche Erwägung der hygienischen Factoren eine richtige und wissenschaftliche Indication zu stellen. Nach der Ueberzeugung des Referenten zeigt K. die richtige Tendenz, in welcher der Arzt wirken muss, um Geisteskranke zu heilen und das Auftreten psychischer Störungen zu verhindern. Möge das Buch viele Leser finden und dadurch zur Verbesserung des Looses der Geisteskranken beitragen.

Van Deventer.

---

87) **Moll.** — Verslag omtrent het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnige te Utrecht, door het Jaar 1889. (Bericht über die Irrenanstalt zu Utrecht für das Jahr 1889.)

Während dieses Jahres wurden 256 Männer und 253 Frauen behandelt, darunter 93 Neuaufnahmen (44 M. und 49 Fr.). Zahl der Todesfälle 38 (16 M. 22 Fr.) 62 Entlassungen (Heilungen oder Besserungen), davon 30 M. und 32 Fr. Etwas mehr als die Hälfte der Irren war mit verschiedenartiger Arbeit beschäftigt. — Kein Selbstmord. — Der Bericht theilt die interessantesten Fälle und selbst die vorgenommenen Sectionen mit. Zwangsmassregeln wurden nur wenig angewendet, Isolirung fand dagegen häufig statt.

J. Morel (Gand).

---

88) **Persyn.** — Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg door het Jaar 1889. (Bericht über die Irrenanstalt Meerenberg für das Jahr 1889.)

Im Jahre 1889 wurden 681 Männer und 691 Frauen behandelt. Die neuen Aufnahmen betrugen 196 M. und 192 Fr. — Die Todesfälle beliefen sich auf 74 M. und 46 Frauen. — Die Zahl der Entlassungen (Heilungen und Besserungen) betrug 68 (33 M. und 35 Fr.). — Ein Selbstmord. — Die Hälfte der Irren sind mit Arbeit beschäftigt. — Isolirung der Patienten kommt häufig vor. — Der Bericht erwähnt in detaillirter Weise die interessantesten Fälle der Anstalt Meerenberg. J. Morel (Gand).

---

89) **Halbertsma.** — Verslag betreffende het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnige te Rotterdam 1889. (Bericht über die Irrenanstalt zu Rotterdam.)

Im Jahre 1889 wurden 123 Männer und 150 Frauen behandelt, davon waren neue Aufnahmen 42 M. und 38 Fr. — Die Totalsumme der Todesfälle belief sich auf 38 (21 M. 17 Fr.). Selbstmord kam nicht vor. — 53 M. und 70 Fr. sind mit verschiedenen Arbeiten beschäftigt worden. — In ungefähr 19 Fällen mussten Zwangsmassregeln angewendet werden.

J. Morel.

---

90) Seventh Report of the State Committee on Lunacy oft the Commonwealth of Pensylvania 1889. (7. Bericht der Staatscommission über die Irrenanstalten Pensylvaniens 1889.)

Der vorliegende Bericht ist — ebenso wie die aus früheren Jahren, die auf Veranlassung eines besonderen Comités veröffentlicht wurden, an dessen Spitze der berühmte Dr. Thomas Morton als Präsident fungirte, — ein wahres wissenschaftliches Werk. Augenscheinlich macht sich in den 6 Krankenhäusern Pensylvaniens ein bedeutender Fortschritt in Betreff des Wärterunterrichts bemerkbar, auch greift die Idee um sich, separate Krankenhäuser für schwere Fälle zu bauen und die Blödsinnigen und Imbecillen ganz getrennt von den übrigen unterzubringen. — Gelehrige, intelligente Irre erhalten Unterricht (Anschauungsunterricht) in einigen Fächern der Naturgeschichte (Geologie, Ornithologie, Botanik). — No restraint wird nicht absolut aufrecht erhalten, die Beschäftigung der Irren ist sehr ausgedehnt.

Der Bericht enthält eine Arbeit von Mr. Neilson Ashmann „über die Zeugenaussagen Irrer", eine andere, von Mr. George S. Graham „über Geistesstörung als Vertheidigungsmittel", eine dritte von Dr. John B. Chapin „über die Herstellung von Gutachten zur Feststellung von Geistesstörung", eine vierte von Thomas B. Barton „über die Verantwortlichkeit der Sachverständigen in der gerichtlichen Medicin" und eine fünfte von Dr. Henry Wetherill „über die modernen Hypnotica". Der Bericht schildert dann eingehender die Eigenthümlichkeiten der einzelnen Anstalten.

*Die Anstalt in Harrisburg* hat 875 Irre in Behandlung gehabt, darunter 210 Neuaufnahmen, 59 Todesfälle und 82 Entlassungen.

*Die Anstalt in Danville* hat 1093 Patienten in Behandlung gehabt, 228 Aufnahmen, 124 Entlassungen und 81 Todesfälle.

*Die Anstalt in Norstown* hat 2143 Irre in Behandlung gehabt, 418 Neuaufnahmen, 177 Entlassungen und 139 Todesfälle.

*Die Anstalt von Warren* hat 905 Irre in Behandlung gehabt, 225 Aufnahmen, 121 Entlassungen, 159 Todesfälle.

*Die Anstalt in Diamont* hatte 906 Insassen, 270 Aufnahmen, 43 Entlassungen, 59 Todesfälle.

*Das Pensylvania-Hospital in Philadelphia* hatte 524 Irre in Behandlung, 114 Aufnahmen, 121 Entlassungen, 13 Todesfälle.

*Das Friends-Asylum in Philadelphia* hatte 166 Irre in Behandlung, 51 Aufnahmen, 49 Entlassungen und 9 Todesfälle.

J. Morel.

91) **Chapin.** — The Annual report of the department for the insane of the Pensylvania Hospital for 1889. (Jahresbericht über die Irrenabtheilung des Pensylvania-Hospitals.)

Der Bericht ist mit 3 Photographieen illustrirt, welche die Hauptansichten dieser Anstalt darstellen.

Die Gesammtzahl der behandelten Irren betrug 571 (261 Männer und 310 Frauen), darunter 178 Neuaufnahmen (87 M. und 91 Fr.). Zahl der Entlassungen (Heilungen oder Besserungen) 94, darunter 39 M. und 55 Fr. Zahl der Todesfälle 27 (13 M. und 14 Fr.).

Der Verfasser kommt durch einen vergleichenden Rückblick auf die Heilerfolge vor 50 Jahren und die heutigen zu der Ueberzeugung, dass die gegenwärtigen Resultate günstigere sind, sowohl durch die erweiterte Kenntniss des Einflusses von Krankheiten des Nervensystems auf die Entwicklung von Geistesstörungen als durch die bessere Ernährung und Tonificirung der Kranken, und durch die glücklichen Erfolge der modernen Hypnotica. Vier an dieser Anstalt angestellte Aerzte ertheilen den Wärtern Unterricht in der Behandlungsweise der Kranken. J. Morel (Gand).

---

92) **Blumer.** — 47th Annual report of the managers of the State Lunatic Asylum at Utica for 1889. (Der 47. Jahresbericht über die Irrenanstalt zu Utica für 1889.)

Diese Anstalt, welche zu Ende des Jahres 1888 611 Insassen zählte, hatte im Laufe des Jahres 1889 noch 466 Aufnahmen (249 Männer und 217 Frauen). — 424 Irre wurden im Laufe des Jahres entlassen. — Die Zahl des Todesfälle betrug 69. — Unter den neu aufgenommenen waren 63 Mörder und 96 Selbstmörder und 44 Fälle von drohendem Mord oder Selbstmord!

Der Bericht enthielt vorzügliche Einzelangaben über die statistischen Verhältnisse und über den ärztlichen Dienst. J. Morel (Gand).

---

# IV. Aus Vereins- und Gesellschafts-Verhandlungen.

## Société médicale de Reims.

(Union médicale 1890. Nro. 116.)

93) **Decès** sah eine Frau mit *Compression des Rückenmarks* fünf Monate, nachdem ihr ein Bündel Heu auf den Kopf gefallen war. Anfangs war eine Parese des Arms und Beins links und eine Neigung des Halses nach links, keine Sensibilitätsstörung dagewesen. Später war nur noch der Arm schwächer, und man bemerkte eine ausgesprochene Hervorragung im Niveau des sechsten Halswirbels und eine leichte Beweglichkeit der Wirbelbogen an dieser Stelle, welche an Luxation oder Fractur denken liess. D. trepanirte den linken Wirbelbogen und entfernte ihn ohne die Meningen zu verletzen. Am andern Tage sofortige Zunahme der mit dem Dynamometer gemessenen Kraft.

Rohden (Oeynhausen).

---

# V. Tagesgeschichte.

— Der bisherige Director der erst im vorigen Jahre vollendeten zweiten Provinzial-Irrenanstalt Ostpreussens, Dr. Hallervorden, hat sein Amt niedergelegt. Die Stelle ist nunmehr ausgeschrieben (Nr. 4 der Berlin. Klin. Wochenschr.) mit dem in den Annalen der deutschen Psychiatrie wohl einzig dastehenden Ansinnen im Schlusspassus der Annonce: „Auch werden die Herren Bewerber um eine Erklärung ersucht, ob und für welche Zeitdauer dieselben einer Probedienstleistung sich zu unterwerfen bereit sind.“

— **Irrenwesen in Hannover.** In dem Berichte der Provinzialverwaltung der preussischen Provinz Hannover für das Jahr 1. April 1889 bis 31. März 1890 ist dem Irrenwesen der Provinz ein besonderer Abschnitt gewidmet, der des Interessanten eine reiche Fülle bietet. Wir entnehmen dem dritten Abschnitte des Berichtes Folgendes:

Die Klagen der Anstaltsdirectionen über den grossen Wechsel im Wärterpersonal und die Mangelhaftigheit der demselben nur vorübergehend angehörenden Personen sind mit erhöhter Schärfe wieder laut geworden. Die neu eintretenden Wärter kündigen in der Regel wieder, nachdem sie eingesehen, wie sauer der Dienst und wie ihre Freiheit beschränkt ist. Im Lohn finden sie keinen Ersatz, in anderen Verwaltungen, noch mehr in der Industrie, haben sie lohnenderen und behaglicheren Dienst. In Göttingen sind im Laufe des Jahres 15 Wärter und 8 Wärterinnen, in Hildesheim, wo die Wärterverhältnisse wegen des vorhandenen alten Stammes bislang noch die besten waren, 22 Wärter und 18 Wärterinnen abgezogen. Um ein zuverlässiges und geschultes Wärterpersonal zu erhalten, sollen die Lohnverhältnisse derselben gründlich aufgebessert werden. Es war der Bestand in den Anstalten am 31. März 1890 in Hildesheim 782 Kranke (434 Männer, 348 Frauen), in Göttingen 392 (235 Männer, 137 Frauen), in Osnabrück 461 (179 Männer, 282 Frauen). Verpflegt sind durchschnittlich jeden Tag in Hildesheim 918, in Göttingen 469 und in Osnabrück 544 Kranke und Angestellte und im Ganzen Verpflegungstage geleistet in Hildesheim 385000, in Göttingen 171157 und in Osnabrück 198506. Die Hildesheimer Anstalt hat ihre Rechnungen ungünstig abgeschlossen, indem sie statt des planmässigen Zuschusses von 1486 Mk. einen solchen von 24636 Mk., also 23150 Mk. mehr erfordert hat. Göttingen hat von dem planmässigen Zuschuss von 5280 Mk. und ebenso Osnabrück von dem von 3037 Mk. nichts gebraucht, vielmehr erstere Anstalt noch einen Ueberschuss von 7360 Mk., letztere von 4700 Mk. abgeliefert. Von dem Verfügungsfonds sind für Hildesheim 5865, für Göttingen 4265 und für Osnabrück 418 Mk. verausgabt. Aus diesen Zahlen kann man keinen Schluss auf die Verwaltung der einzelnen Anstalten ziehen, da der einen häufig Ausgaben obliegen, welche bei der anderen hinwegfallen. In den planmässigen Ausgaben der Hildesheimer Anstalt stehen 15732 Mk. Schuldentilgung der Anleihen für Einum und 5173 Mk. Unterstützungen pensionirter Wärter, welche Ausgaben für die anderen Anstalten ganz wegfallen, und vermöge der Bewilligung von Freistellen sind 11266 Mk. auf die Hildesheimer Anstaltskasse übernommen, während diese Ausgabe in Göttingen 2710 und in Osnabrück 5469 Mk. beträgt.

In der Anstalt zu Hildesheim hat der durchschnittliche Krankenbestand 771 gegen 780 im Vorjahre betragen; trotzdem haben 36 Aufnahmegesuche abgelehnt werden müssen. Unter den 120 neu aufgenommenen Männern befanden sich 6 Unter-

suchungsgefangene behufs Feststellung ihres zweifelhaften Geisteszustandes, und 2 Strafgefangene. Von der Influenza wurden 82 Kranke ergriffen und verstarben 7, meist im höheren Lebensalter; in noch grösserem Umfange hatte das Wärterpersonal zu leiden, bei dem aber ein Todesfall nicht vorkam. Die Vergrösserung der Colonie Einum ist vollendet. Damit ist die frühere Ueberfüllung beseitigt und für die Unterbringung von 80, regelmässig auf der Colonie anwesenden Kranken aufs Beste gesorgt. Die Ernte der Colonie ist nicht so günstig ausgefallen, wie in dem Vorjahre; 9 ha an Nässe leidenden Ackerlandes sind unter Aufwendung von 1787 Mk. drainirt worden. Der Director der Anstalt, Geh. Sanitätsrath Dr. Snell, konnte am 30. November in voller Rüstigkeit und Geistesfrische sein 50jähriges Doctorjubiläum feiern. Die täglichen Verpflegungskosten eines Kranken ohne Rücksicht auf den Klassenunterschied haben 59.417 Pfennig gegen 54.038 Pfennig des Vorjahres betragen, das sind 5.379 Pfennig mehr. Der Grund ist zu finden in den höheren Preisen der Lebensmittel.

Die Irrenanstalt zu Göttingen war bei einem Bestande der männlichen Kranken von 235 am Jahresschlusse in der Lage, den Aufnahmegesuchen für Männer vollständig zu entsprechen, indem die Zahl der vorhandenen Plätze 260 beträgt. Namentlich für die besseren Klassen gehen Aufnahmegesuche nur spärlich ein, so dass die für die Pensionäre bestimmten Räume nicht ausgenutzt werden. Auch hier hatte die Influenza 13 Männer und 36 Frauen, darunter 8 Wärterinnen, ergriffen, auch in einem Falle zum Tode geführt. Obgleich die Ernte weniger günstig ausfiel, beträgt der Ueberschuss der Einnahme aus der Landwirthschaft über die Ausgaben doch 12 124 Mk. In Göttingen sind die täglichen Verpflegungskosten eines Kranken von 56.817 Pfennig auf 56.265 Pfennig herabgegangen; die Verpflegung ist um 0.552 Pfennig billiger geworden. Die auffallende Erscheinung findet darin ihre Erklärung, dass vermöge frühzeitig abgeschlossener Lieferungscontracte wichtige Lebensmittel gar nicht oder nur wenig theurer, andere sogar billiger geworden sind. Dazu kommt ein sparsamerer Verbrauch an Brod, Fleisch und Fettwaaren.

In der Irrenanstalt zu Osnabrück macht sich Mangel an Raum lebhaft fühlbar; auf der Männerabtheilung ist seit längerer Zeit nie ein Platz frei und haben Aufnahmegesuche vielfach abgelehnt werden müssen. Für einen erforderlichen Neubau ist schwerlich der Platz zu gewinnen, da das Anstaltsgebiet ohnehin schon beschränkt ist. Erfreulicherweise ist eine Steigerung in der Zuführung frischer Fälle nicht beobachtet; bei 39 aufgenommenen Kranken bestand die Krankheit kürzer als 3 und bei anderen 24 kürzer als 6 Monate; es konnten 38.5 Proz. der Aufgenommenen als geheilt entlassen werden, ein Ergebniss günstiger als je. Die Rieselfelder sind gut angelegt. Die Verpflegung eines Kranken kostete 56.144 Pfennig gegen 53.008 Pfennig des Vorjahres, also 3.136 Pfennig mehr. Eine allgemeine, wenn auch nicht erhebliche Steigerung der Lebensmittelpreise hat sich auch hier fühlbar gemacht.

In den Privatirrenanstalten, die mit der Provinzialverwaltung im Vertragsverhältniss stehen, befanden sich, soweit Kranke der Provinzialanstalten in Frage kommen, am 31. December 1889 in Ilten 306, in Königshof bei Minden 11, in Liebenburg 191 (letztere nur Frauen). Von den Kranken der Iltener Anstalt waren 100 in Familienpflege.

# Inhalt des Februar-Hefts.


## I. Originalien.

H. Schlöss. Ueber die Uebertragung von Psychosen.

## II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Nro. 55) Kronthal, Ueber die Abhängigkeit der Degenerationen in peripherischen Nerven von der Degeneration ihrer Kernursprünge.
Nro. 56) Oppenheim, Mittheilungen in Bezug auf die traumatischen Neurosen.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Nro. 57) Discussion.
Nro. 58) Näcke, Beiträge zur Anthropologie und Biologie geisteskranker Verbrecherinnen.
Nro. 59) Hebold, Bettbehandlung und Zelle.

## III. Referate und Kritiken.

### A. Nervenheilkunde.

#### 1. Anatomie.

Nro. 60) Bechterew, Pyramidenbahnen.
Nro. 61) Retzius, Drüsennerven.

#### 2. Physiologie und Psychologie.

Nro. 62) Lombroso und Ottolenghi, Gesichtsvorstellung bei Hypnotisirten.
Nro. 63) Mott und Schäfer, Augenbewegungen bei Binden-Faradisation.
Nro. 64) Dieselben, Bewegungen nach Balken-Faradisirung.
Nro. 65) Semon und Horsley, Kehlkopf-Innervation.
Nro. 66) Lombard, Muskel-Ermüdung.

#### 3. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Nro. 67) Charcot, Abasie.
Nro. 68) Scheffels, Perivasculitis retinae.
Nro. 69) Schwabach, Gehörsstörungen bei Meningitis cerebro-spinalis.
Nro. 70) Koch, Contributions laryngologique.
Nro. 71) Miles, Pathologische Befunde bei Kopfverletzungen.
Nro. 72) Dana, Pathologische Anatomie der Chorea.

#### 4. Pathologie.

a) Nerven und Rückenmark.

Nro. 73) Charcot, Paraplégie diabétique.
Nro. 74) Thorbjörn Hwass, Amyotrophische Lateralsklerose.

b) Gehirn.

Nro. 75) Macdonald, Kleinhirntumor.
Nro. 76) Neustab, Multiple Sklerose.

#### 5. Therapie.

Nro. 77) Russel und Taylor, Suspensionsbehandlung.
Nro. 78) Frenkel, Therapie d. Ataxie.

#### 6. Bibliographie.

Nro. 79) Peyer, Unvollständiger Beischlaf.

### B. Psychiatrie.

#### 1. Pathologie.

Nro. 80) Pick, Peripherische Neuritis bei Dem. paralytica.
Nro. 81) Derselbe, Akromegalie und Geistesstörung.
Nro. 82) Lombroso, Michelangelo und Virgil.
Nro. 83) Gucci, Schaltwörter.
Nro. 84) Kiernan, Psych. Störungen b. Phthise.

#### 2. Bibliographie.

Nro. 85) v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis.
Nro. 86) Kowalewsky, Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses.

#### 3. Anstaltswesen.

Nro. 87) Jahresbericht über die Anstalt in Utrecht. — Nro. 88) Persyin, Jahresbericht über Meerenberg. — Nro. 89) Halbertsma, Jahresbericht über Rotterdam. — Nro. 90) Irrenanstalten Pensylvaniens. — Nro. 91) Chapin, Pensylvania Hospital. — Nro. 92) State Lunatic Asylum at Utica.

## IV. Aus Vereins- und Gesellschafts-Verhandlungen.

Nro. 93) Decès, Rückenmarks-Compression.

## V. Tagesgeschichte.

Aus Ostpreussen. — Aus Hannover.


Pierer'sche Hofbuchdruckerei. Stephan Geibel & Co. in Altenburg.

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 März.** Neue Folge II. Band.


## I. Originalien.

### I.

### Fall von Tabes dorsalis traumatica mit gleichzeitigen Plantargeschwüren (sog. mal perforant).


Von Dr. V. HINZE,
Ordinator am Obuchow-Hospital, St. Petersburg.


Der nachfolgende Fall ist in doppelter Beziehung interessant, ein Mal, weil sich die ersten Symptome der Krankheit fast unmittelbar an ein Trauma (Unterschenkelbruch) anschlossen, und ferner, weil sich verhältnissmässig früh trophische Störungen, Schwielenbildung mit Verschwärung an mehreren Zehen entwickelten.

*Krankengeschichte.*

Anna Skorodumowa, 35 Jahre alt, Bäuerin, menstruirte zum ersten Male mit 16 Jahren, wurde, ohne die Regel zu haben, verheirathet, und zeigte sich diese kurz vor der Trauung. Die Kranke hat drei Mal, zum letzten Male vor neun Jahren, geboren, zwei der Kinder starben sehr jung, eins lebt noch; die Menstruation tritt regelmässig alle vier Wochen ein. Syphilis und erbliche nervöse Belastung mangeln. Vor drei Jahren erlitt sie einen Längsbruch des linken Unterschenkels, wo die beiden unteren Epiphysen des crus durch den nach oben drängenden Fuss auseinander gesprengt wurden. Im Marien-Hospital wurde der Kranken der Fractur wegen zwei Mal ein Gypsverband angelegt; bald nach dem Unfalle bemerkte sie Abnahme der Kraft in den Beinen, Enurese und hartnäckige Stuhlverstopfung. Aufnahme ins weibliche Obuchow'sche Hospital am $\frac{\text{26. Nov.}}{\text{8. Dec.}}$ 1890.

*Status praesens* am $\frac{\text{27. Nov.}}{\text{9. Dec.}}$. Gut ernährte Frau mit reichlich ent-

wickeltem Fettpolster. Schädel und Antlitz symmetrisch, Augen normal, keine Diplopie, die Zunge wird gerade, ohne zu zittern, ausgestreckt. RO bis zur dritten Rippe, bezw. zur crista scapulae gedämpfter Percussionsschall mit scharfem, verlängerten Exspirium, V ohne Rasselgeräusche, H abgeschwächtes Athmen, mässiger Husten mit schleimig-eitrigem Auswurf: Herz und Unterleibsorgane normal. Die untere Epiphyse des linken Unterschenkels ist stark verdickt, der Umfang des linken Tibiotarsalgelenks beträgt 28, des rechten aber 24 Centim., beide Malleolen sind stark verdickt, die Bewegungen im Gelenk selbst frei. Die Zehen an beiden Füssen sind stark plantarwärts gekrümmt, auf der rechten mittleren Zehe befindet sich ein grosser Leichdorn, auf dem zweiten eine dunkelbraun pigmentirte Narbe nach einem verschwärt gewesenen Leichdorn. An der linken Sohle bemerkt man über dem Köpfchen des ersten Metatarsusknochens ein kreisrundes, wie mit einem Locheisen durchgeschlagenes, ziemlich trockenes Geschwür mit unebenem, trichterförmig vertieften Grunde und sehr spärlicher Secretion, fast schwarz durch Blutextravasate, von circa 1 Centim. Durchmesser; ein ähnliches, kleineres befindet sich über dem Köpfchen der zweiten Phalange der zweiten Zehe. Alle drei Geschwüre, die beiden linksseitigen und das bereits vernarbte rechtsseitige, sind vor drei bis vier Wochen aus Leichdornen, welche sich hier befanden, entstanden, ohne dass irgend ein Trauma als Gelegenheitsursache bei der Geschwürsbildung eingewirkt hätte.

Der Gang ist ataktisch, das Stehen fällt der Ataxie wegen der Kranken sehr schwer, die Ataxie ist an den Beinen sehr deutlich ausgesprochen und verstärkt sich bei geschlossenen Augen, der Raumsinn und die Vorstellung von der Stellung der Unterextremitäten mangeln, die Tasteindrücke werden aber an diesen noch genügend localisirt, die Leitung der Schmerzempfindung ist an den Beinen bis zu zwei bis drei Secunden verlangsamt, es besteht Analgesie bis zur Höhe des siebenten Brustwirbels, der Temperatursinn ist erhalten, doch bestehen thermanästhetische Flecke an der Innenfläche beider Kniegelenke; Patellarreflexe fehlen.

Nachträglich sei noch bemerkt, dass ausgesprochene lancinirende Schmerzen eigentlich nie vorhanden gewesen sind und dass solche nur zeitweilig in Armen und Beinen auftreten. In den Armen ist keine Ataxie zu bemerken, wohl aber erscheint in ihnen zeitweilig Vertauben; Parästhesien sind nie vorhanden gewesen. Körpergewicht 153 russische Pfunde.

---

Wir haben es hier unzweifelhaft mit einer richtigen Tabes zu thun, dafür sprechen: das Fehlen der Sehnenreflexe, die Analgesie, die verlangsamte Leitung der Schmerzempfindlichkeit, der mangelnde Raumsinn, die Ataxie. In einer Beziehung ist der Fall kein normaler, es fehlen die lancinirenden Schmerzen, doch sind hierauf bezügliche Angaben in der Literatur vorhanden.

Ich bemerkte bereits in der Einleitung, dass der vorliegende Fall sich durch zwei Besonderheiten auszeichne — seinen traumatischen Ursprung und die Complication mit Plantargeschwüren. Dass das Trauma keine unwesentliche Rolle in der Aetiologie der Tabes spiele, hebt u. A. auch Leyden[1]) hervor, welcher sagt: „Bemerkenswerth ist, dass sehr häufig die Frühsymptome

---

[1]) Leyden, *Tabes dorsualis* (A. Eulenburgs Realencyklop., II. Aufl. 1889, p. 35).

der Tabes, gewöhnlich als lancinirende Schmerzen, in dem verletzten Gliede zuerst auftreten und längere Zeit, bisweilen Jahre lang, auf dieses beschränkt bleiben.“ Leyden meint auch hier, seiner bekannten Theorie vom sensiblen Ursprunge der Tabes zu Liebe, dass das Trauma, gleich der Erkältung, die sensiblen Nerven beeinflussen könne.

Der mögliche periphere Ursprung der Tabes scheint gegenwärtig recht sicher festgestellt zu sein, lässt Minor[1]) sogar die meisten Fälle von Tabes peripher entstehen. Die Bahnen, auf welchen der pathogene Reiz von den peripheren Nerven auf die Hinterstränge des Rückenmarks übertragen wird, scheinen zu sein: periphere Nerven — hintere Rückenmarkswurzeln (ich erinnere an die Westphal'sche Wurzeleintrittszone) — Hinterstränge; doch ist diese Frage noch eine offene. Es müsste, wie Klemperer[2]) sagt, der Zufall fügen, dass ein Fall zur Obduction käme, wo eine, die Bahn der Nerven entlang schreitende Veränderung gerade auf das Rückenmark übergriffe; es sind jetzt schon die einzelnen Glieder der Kette, welche die periphere Entstehung anatomisch erweisen könnte, vorhanden: 1) kann eine periphere Neuritis aufsteigend sich auf grössere Stämme verbreiten, 2) sind bei der Tabes häufig auch die hinteren Rückenmarkswurzeln degenerirt und atrophirt und 3) kommen bei Tabes nicht selten Erkrankungen peripherer Nerven vor. (Lissauer, Déjerine, Oppenheim und Siemerling[3]), Nonne[4]).)

Klemperer[2]) hat in seiner Monographie 31 fremde und 4 eigene Beobachtungen von traumatischer Tabes zusammengestellt, der ich nachfolgende Daten entnehme. Der Art der Verletzung nach vertheilen sich die 35 Fälle, zu welchen noch der meinige kommt, folgendermassen: Sturz 3, Fracturen 9, Operationen 4, Quetschungen und Contusionen 12, Verwundungen 8 Mal. Interessant ist der Zeitpunkt des Eintrittes tabischer Symptome nach erfolgtem Trauma. Klemperer[2]) verzeichnet: 2 Mal nach wenigen Tagen, 2 nach wenigen Wochen, 1 nach 1 Monat, 1 nach 2, 7 nach 3, 1 nach 2—3, je 1 nach 4, 4—5, 5 und einigen Monaten, 1 nach $^1/_2$, 2 nach $^3/_4$, 3 nach 2 Jahren, je 1 Mal nach 3 (mein Fall), 4, 5, 7, 10, 12, 14 Jahren; nicht angegeben ist dieser Termin 3 Mal. Mithin traten die Initialsymptome der Tabes 19 Mal vor Ablauf eines halben Jahres nach erfolgtem Trauma ein, also mehr, als in der Hälfte der Fälle. Dieser Umstand muss besonders hervorgehoben werden, weil die nach Traumen, namentlich nach Fracturen oft zurückbleibenden Schmerzen auch tabischer Natur sein können, wovon sich jeder Neuropatholog vielfältig wird haben überzeugen können: so mancher Tabiker ist ja oft selbst Jahre lang an „rheumatischen“ Schmerzen behandelt worden, bevor nicht die wahre Natur der Schmerzen aufgedeckt wurde.

---

[1]) Minor, Arbeiten des II. Congresses der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow 1887. (Russisch.)

[2]) Klemperer, Traumatische Tabes (S. A. Zeitschr. f. klin. Med., XVII. 1).

[3]) Oppenheim u. Siemerling (Arch. f. Psychiatr. 1887, S. 98 u. 487), citirt nach Klemperer.

[4]) Nonne. (Ibidem S. 352 u. 809.)

Für die im Verlaufe der Tabes auftretenden Plantargeschwüre[1]) habe ich mich bereits vor mehreren Jahren interessirt und in den Nrn. 26—28 der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift 1886 eine Mittheilung darüber gemacht; ich fand damals in der mir zugänglichen Literatur 19 Fälle, wozu noch 2 eigene kamen, der vorliegende wäre also der 22. Ich erlaube mir, da mein Aufsatz aus mir unbekannten Gründen in den später erschienenen Abhandlungen über Tabes unberücksichtigt geblieben ist (mit Ausnahme eines kurzen Referats im Centralblatt für Nervenheilkunde), meine damaligen Schlussfolgerungen in etwas vermehrter und veränderter Form hier mitzutheilen. Bezüglich des *Alters* vertheilen sich die Fälle folgendermassen: von 30—35 Jahren 4, von 36—40 J. 7, von 41—45 J. 2, von 46—50 J. 4, von 56—60 J. 1. Dem *Geschlechte* nach gehörten sie 19 Männern und 3 Weibern an. — Der Leichdorn, bezw. das Plantargeschwür ging 10 Mal den Initialsymptomen der Tabes voran, 8 Mal erschien er bei schon entwickeltem Leiden, 3 Mal traten beide Erscheinungen gleichzeitig auf, 1 Mal konnte dieses Verhältniss nicht eruirt werden. — Der Leichdorn, resp. das Plantargeschwür trat zuerst rechts 11, links 6, auf beiden Seiten gleichzeitig 4 Mal auf, in einem Falle ist die ergriffene Körperseite nicht angegeben. — Es waren zwischen dem Auftreten des Leichdorns und demjenigen der Tabes je 1 Mal 10 Tage, 3 Monate, 2, 3, $3^1/_2$ Jahre, 3 Mal 6 und 2 Mal 10 Jahre verflossen, der Leichdorn, bezw. Geschwür waren bei schon entwickelter Krankheit je 1 Mal nach 1, $2^1/_2$, 3, 4, 6, 10, 11—12, 15 und mehreren Jahren aufgetreten. — Recidive der Geschwüre wurden im Ganzen 14 Mal beobachtet, davon 1 zweimaliges und 1 dreimaliges, darunter auf der gleichnamigen Seite 4, auf der ungleichnamigen 8 Mal; bemerkenswerth war, dass in einem Falle es beim Recidive der Schwiele nicht zur Ulceration kam, sondern dass ein Geschwür auf dem Amputationsstumpfe auftrat, der nach einer, wegen Plantargeschwürs gemachten Chopart'schen Operation nachgeblieben war. Primär wurden afficirt: der grosse Zeh 17 Mal, der zweite und vierte je 1 Mal, der fünfte 2 und die Ferse 1 Mal. Zu beachten ist noch, dass in dem hier beschriebenen Falle das Geschwür auf der nicht lädirten Seite aufgetreten war.

Für den neurotischen Charakter des Ulcus tyloticum scheinen mir folgende Umstände zu sprechen: das so häufige symmetrische Nacheinanderauftreten der Schwiele, bezw. des Geschwürs auf beiden Füssen und zuweilen auch auf verschiedenen Theilen derselben, sein neuroparalytischer Charakter, die schweren Ernährungsstörungen der tieferen Fussgebilde, die häufigen ohne bedingende äussere Momente, öfters auf der ungleichnamigen, als auf der gleichnamigen Seite erscheinenden Recidive des Leichdorns. Auch scheint mir die Genese des „neurotischen" Geschwürs recht charakteristisch zu sein. Während das gewöhnliche Ulcus plantare e clavo durch Traumen (zu tiefes Schneiden, Stösse u. dgl.) sich bildet und, so viel mir bekannt, keine Recidive auf der contralateralen Seite setzt, kann der Leichdorn bei zukünftigen Tabikern Jahre lang bestehen und, ohne zu verschwüren,

---

[1]) Ich gebrauche absichtlich die Bezeichnung „Plantargeschwür", weil das „mal perforant" nicht immer perforirt. Treffender wären wohl diese Art von Geschwüren als *Ulcus tyloticum neuroticum* (von Tyloma, Tylosis, Schwiele, Schwielenbildung) zu bezeichnen, weil es nicht nur an der Sohle, sondern auch auf dem Fussrücken und den Handen vorkommt.

allen möglichen Insulten ausgesetzt werden, bis die ersten Symptome der Tabes auftreten und eine Ernährungsstörung der Haut setzen. In einem Falle bildete sich auf einer unleugbar tabischen Arthropathie eine Schwiele mit nachfolgendem Geschwüre aus.

Möglich ist es, dass die Schwiele durch ihren Druck periphere Nerven reizen und eine bis zum Rückenmarke aufsteigende Neuritis produciren könnte; darüber müssen weitere Beobachtungen entscheiden.

St. Petersburg, Januar 1891.

---

II.

## Subcutane Infusion von Kochsalzlösung beim Collaps nach Abstinenz in acuter Psychose.

Von Dr. A. MERCKLIN,
II. Arzt der Irrenanstalt Rothenberg-Riga.

Es ist eine bekannte Erfahrung, dass wir durch Zufuhr von Wasser resp. verdünnter Kochsalzlösung im Stande sind, den gesunkenen Kräftezustand absolut abstinirender Geisteskranker momentan zu heben und so drohendem Collaps für den Augenblick vorzubeugen. In der Regel wird diese Wasserzufuhr per os (mit Wein vermischt, Sonde) oder per anum (Eingiessung) bewerkstelligt werden können, und ist namentlich die letztere Methode noch vor einigen Jahren von Siemens[1]) empfohlen worden. In dem nachfolgend erwähnten Falle von Inanition bei acuter Psychose konnte der trotz vorgängiger Sondenfütterung auftretende schwere Collaps nicht durch Einverleibung von Wasser auf dem gewöhnlichen Wege bekämpft werden. Die Patientin erbrach zu jener Zeit jedesmal unmittelbar nach Anwendung der Sonde und konnte per anum eingegossene Flüssigkeit im Mastdarm nicht zurückhalten. In Folge dessen hielt ich es, namentlich auch in Hinblick auf die unlängst wieder von Sahli[2]) gegebene Anregung für geboten, eine *subcutane* Salzwasserinfusion vorzunehmen, und hatte der Eingriff den gewünschten Erfolg. Da die Indication für solche Infusionen sich unter gleichen ungünstigen Umständen in der psychiatrischen Praxis, wenn auch selten, wiederholen dürfte, ist eine kurze Mittheilung der Krankengeschichte vielleicht nicht ohne Interesse.

Christine G., 22jährige Schankwirthsfrau, ohne hereditäre Belastung, wurde am 29. Oct. 1890 in die Anstalt Rothenberg aufgenommen. Patientin hat im Februar 1890 geheirathet, wurde bald darauf von ihrem Mann syphilitisch inficirt, hat eine längere Inunctionscur durchgemacht. Auch sonst war die Ehe unglücklich. Erste Symptome psychischer Erkrankung wurden am 23. Oct. 1890 bemerkt, auffallende Fragen. Bald darauf zeigte sich Schlaflosigkeit, expansives Wesen, Stimmungswechsel, Bewegungsdrang. Ein am

---

[1]) Neurol. Centralbl. 1885, p. 461.

[2]) Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte, 1. Sept. 1890. „Ueber Auswaschung des menschl. Organismus und über den Werth und die Methoden der Wasserzufuhr in Krankheiten.“ Dort auch weitere Literaturangaben.

26. Oct. vom Hausarzt hinzugezogener Psychiater fand Patientin in lebhafter, dem Krankheitsbilde einer Manie entsprechender psychomotorischer Erregung. Hallucinationen konnten nicht constatirt werden. Schlaf trotz Anwendung narcotischer Mittel spärlich. Nahrungsaufnahme unregelmässig und ungenügend.

Bei der Aufnahme notirt: Grosse, kräftig gebaute Frau. Hautdecken fahl, sichtbare Schleimhäute blass, Augen halonirt. Lippen mit schaumigem Speichel bedeckt. Patientin ist in lebhafter motorischer Action, schwenkt die Arme, verzerrt das Gesicht, wischt an den Wänden umher, stampft mit den Füssen; sie spricht nicht beständig, stösst dazwischen einzelne unzusammenhängende Worte aus, lacht auf, schliesst gleich darauf die Augen und lässt die Arme für einige Augenblicke ganz schlaff hängen. Es gelingt nicht, ihre Aufmerksamkeit zu fixiren und directe Antworten von ihr zu erhalten.

Nach Angabe des Mannes hat Patientin in den letzten zwei Tagen jede Nahrung fortgestossen. Beim Versuche, ihr flüssige Nahrung in den Mund zu bringen, schluckt sie nicht, sondern sprudelt Alles consequent heraus. Patientin wird bald nach der Aufnahme zu Bett gebracht.

30. Oct. Die Nacht in grosser motorischer Unruhe, kaum im Bett zurückzuhalten. Höchste Verwirrtheit. Kaum zwei zusammenhängende Worte. Meist wortloses Greifen, Sich-Wälzen, Umherwerfen, bei wechselndem Gesichtsausdruck. Schliesst beim Versuche, ihr Wasser, Milch u. dgl. zu geben, die Lippen oder speit die in den Mund gelangte Flüssigkeit fort.

31. Oct. Nacht war schlaflos. Grosse Unruhe. Volle Abstinenz, auch von Wasser, wie gestern. Wird mit Mühe im Bett gehalten.

1. Nov. Patientin sieht sehr verfallen aus. Deshalb heute zweimalige Anwendung der Schlundsonde. Patientin erhält je 450 Cubikcentim. Milch mit Zucker und ein Glas Wein. Abends freiwillig einige Schluck Wein genommen.

2. Nov. Kein Schlaf gewesen. Excessive Unruhe, kaum im Liegen zu erhalten. Dreimalige Anwendung der Sonde, 1300 Cubikcentim. Milch im Ganzen erhalten. Patientin erscheint etwas kräftiger, die Abwehrbewegungen bei der Fütterung sind planmässiger. Erhält zur Nacht 2,0 Gr. Sulfonal in Lösung mit der Sonde.

3. Nov. Nur drei Stunden geschlafen. Heute grosse Unruhe. Zweimal nasse Einpackung des ganzen Körpers versucht, beruhigende Wirkung wenig ausgesprochen. Ernährung mit der Sonde dreimal bewirkt.

4. Nov. Patientin hatte Sulfonal 1,5 Gr. zur Nacht erhalten, darnach mehrere Stunden geschlafen. Die Unruhe dauert fort, doch erscheinen die Bewegungen kraftloser. Patientin erbricht nach der Sondenfütterung Alles wieder heraus. Auch bei der Wiederholung der Fütterung zu Mittag und Abends jedesmal vollständiges Erbrechen. Lässt sich mit Löffel und Tasse nicht die geringste Menge Flüssigkeit in den Mund bringen. Am Nachmittage erscheint Patientin schwach, greift aber beständig mit unsicheren Bewegungen um sich herum. Schleimhäute neigen zum Eintrocknen. Abends Schwäche grösser, erhält zwei Spritzen Aether sulf. subcutan.

5. Nov. Absolute Abstinenz bei zunehmendem Verfall der Kräfte. Lippen, Zunge, Nasenschleimhaut fuliginös belegt, Haut kühl, Züge spitz, Augen matt, spontane unsichere Bewegungen fortdauernd, Greifen, Gesticuliren. Stösst jede Flüssigkeit fort, schliesst den Mund. Die mit der Sonde ein-

geführte Nahrung wird wieder erbrochen, ein Clysma von lauwarmem Wasser (1/2 Liter) fliesst bald wieder aus.

10 Uhr Vormittags. Facies hippocratica, Radialpuls nicht mehr zu fühlen. Es wurde nun schnell mit Aq. destill. eine 0,3 % Kochsalzlösung hergestellt, fitrirt, aufgekocht und hiervon 500 Cubikcentim. unter die Haut des rechten Oberschenkels infundirt. Der Infusionsapparat musste, da Vorrichtungen zu diesem Zwecke nicht vorhanden waren, improvisirt werden. Ich benutzte eine Hohlnadel, deren Lumen etwa das Dreifache der Lichtung einer gewöhnlichen Pravaz'schen Nadel betrug, dieselbe wurde mit einem langen Gummischlauch und dieser mit einem Glastrichter in Verbindung gebracht. Um die erwärmte Kochsalzlösung vor zu starker Abkühlung beim Passiren des Schlauchs zu schützen, liessen wir diesen kurz vor seiner Verbindung mit der Nadel in mehrfachen Windungen durch ein Gefäss mit warmem Wasser gehen. Die Infusion erfolgte bei hochgehobenem Trichter sehr langsam. Die Beulenbildung während der Infusion an der Einstichstelle war ganz unbedeutend, die Aufsaugung der Flüssigkeit wurde durch vorsichtige Massage und durch passive Bewegungen des Beins beschleunigt. Der Erfolg war ein äusserst prompter: der Radialpuls wurde bald fühlbar, und die Züge der Patientin belebten sich. Nase, Mund und Lippen der Patientin wurden mit derselben Kochsalzlösung öfters gereinigt und befeuchtet. Um 2 Uhr Nachmittags erhielt Patientin nochmals 500 Cubikcentim. Kochsalzlösung unter die Haut des linken Oberschenkels infundirt. Patientin wird deutlich kräftiger.

8 Uhr Abends: Sondenfütterung mit Milch, da Patientin spontan nichts zu sich nehmen will. Gleich darauf erbricht sie die ganze Portion und viel Schleim. 9 Uhr erscheint sie zum ersten Mal lucider, fragt: wo sie sei? deutet an, dass sie die Speisen für vergiftet hielt, namentlich die Milch, verlangt ein weichgekochtes Ei, erhält deren zwei und nimmt weiter spontan zu sich: eine Tasse Thee, ein Glas Wein, eine Semmel. Greift wieder viel in der Luft umher, zieht die Decke über den Kopf. Temperatur 37,6 °. (Auch später weder locale noch allgemeine Reactionserscheinungen.)

6. Nov. Patientin schlief vergangene Nacht ohne Ordination acht Stunden — nimmt heute spontan alle Speisen, die ihr gereicht werden, erbricht nicht.

Ueber den weiteren Verlauf der Krankheit sei nur erwähnt, dass Patientin von nun ab spontan, wenn auch unregelmässig, namentlich in Bezug auf das Quantum, Nahrung zu sich nahm und kräftiger wurde. Mit mannigfaltigen Hallucinationen und Sensationen einhergehende Verwirrtheit und Unruhe dauerte fort, am 28. Nov. wurde Patientin gegen ärztlichen Rath aus der Anstalt genommen.

Die vorstehende Krankengeschichte bedarf kaum eines Commentars. Ob das am 4. Nov. auftretende und sich wiederholende Erbrechen eine Folge der zweimaligen Anwendung von Sulfonal war[1]), lasse ich dahingestellt. Jedenfalls war die Salzwasserinfusion während des Collapses vom 5. Nov. von geradezu lebensrettender Wirkung. Die Annahme Sahli's (l. c.), dass diese Infusionen bei der Vielseitigkeit ihrer Wirkung eine häufige und vielseitige Anwendung in der modernen Medicin finden werden, geht gewiss

[1]) Cf. H. Dehio, Erfahrungen über neuere Schlafmittel. St. Petersb. Med. Wochenschr. 1890, p. 298.

nicht zu weit. Auch in der psychiatrischen Praxis werden wir, wenn auch selten, Veranlassung haben, uns dieses Verfahrens zu erinnern. So namentlich bei den Folgen der Inanition, wie wir sie im Verlaufe der Fälle von sog. Delirium acutum beobachten und bekämpfen. Hier werden mitunter Fälle vorkommen, wo bei evidenter Wasserverarmung des kranken Körpers auf eine Resorption von der Schleimhaut des Magens und des Rectums aus nicht gerechnet werden kann, und wo dann das resorptionsfähige Unterhautbindegewebe vorübergehend den natürlichen Angriffspunkt für die dringend nothwendige Flüssigkeitszufuhr bildet. Selbstredend haben einer solchen nur temporär analeptisch wirkenden Infusion weitere Massnahmen zu folgen. Obgleich das Verfahren, wie im obigen Fall von acuter Verwirrtheit, improvisirt werden kann, wäre es doch zur Sicherung der Asepsis wünschenswerth, wenn der von Sahli angegebene Apparat und eine sterilisirte Kochsalzlösung (von 0,73 % nach Kronecker) in unseren Anstalten für eventuelle Anwendung bereit gehalten würde.

Riga, Januar 1891.

---

# II. Referate und Kritiken.

94) **Henry S. Upson**: On gold chloride as a staining agent for nerve tissues. (The journal of nervous and mental disease. Oct. 1890.)

Verf. giebt zwei neue Methoden an zur Färbung von in Chromsäure oder Müller'scher Flüssigkeit gehärteten Nervenpräparaten mit Goldchlorid.

I. Man bringt die Schnitte aus Wasser in eine 1 % Goldchloridlösung, der 2 oder 3 % Salzsäure zugesetzt worden sind. Hier bleiben sie ungefähr 2 Stunden; nachdem sie oberflächlich in Wasser abgespült sind, kommen sie für ½ bis 1 Minute in 10 Cubikcentimeter einer 10 % Kalilauge, der man ein stecknadelkopfgrosses Stück Ferricyankalium zusetzt. Darauf kann man die Schnitte für wenige Augenblicke in eine reine 10 % Kalilauge bringen, um das überschüssige Ferricyankalium wegzubringen. Nachdem sie flüchtig in Wasser ausgewaschen worden sind, bringt man sie in folgende reducirende Flüssigkeit, die man am besten immer frisch zubereitet: 5 Cubikcentimeter acid. sulfurosi, 10 Tropfen einer 3 % Jodtinktur, 1 Tropfen Eisenchloridlösung. In wenigen Augenblicken nehmen die Schnitte hierin eine glänzende, purpurrothe Farbe an; dann werden sie in Wasser gebracht und darauf in der gewöhnlichen Weise in Balsam eingeschlossen.

II. Zu 5 Cubikcentimeter einer 1 % Goldchloridlösung fügt man 1 oder 2 Tropfen einer 1 % Kalihypermanicum-Lösung und einen Tropfen Salpetersäure; diese Lösung hält sich und sollte bei der Anwendung immer mindestens 2 Tage alt sein. In dieser Lösung bleibt der Schnitt 2 Stunden und wird dann nach rascher Abspülung in Wasser in 10 Cubikcentimer einer 10 % Kalilauge, welcher man soeben eine Spur vanadinsaures Ammonium und 1 bis 2 Tropfen einer 1 % hypermangansauren Kalilösung hinzugesetz hat, gebracht. Hier bleibt der Schnitt ½ bis 1 Minute, dann kommt er für einen

Augenblick in Wasser und schliesslich in folgende Reductionsflüssigkeit: 15 Tropfen Zinnlösung, 3 Cubikcentimeter Wasser, 2 Tropfen Eisenlösung und 3 Cubikcentimeter acidi sulfurosi. Die Zinnlösung gewinnt man, indem man 3 % Jodtinktur zu einer geringen Menge reinen Zinnchlorürs setzt, bis in der Lösung die rothe Jodfarbe auftritt. Die Eisenlösung ist eine gesättigte wässrige Lösung von Eisenphosphat, wobei das lösliche blättchenförmige Salz verwendet wird. Die schweflige Säure ist die im Handel vorkommende wässrige Lösung von $SO_2$. Diese Reductionsflüssigkeit muss immer wieder frisch zubereitet werden.

Zu beiden Behandlungsmethoden eignen sich nur wirklich gut gehärtete Schnitte; ist diese Voraussetzung erfüllt, so erhält man nach Angabe des Verfassers weit schärfer differenzirte und doch ebenso gleichförmige Bilder der Nervenelemente wie bei Carmin- oder Nigrosintinktion. Drei beigefügte Mikrophotogramme sollen die Resultate zeigen. Strauscheid.

---

95) **J. Ferguson**: The nerve-supply of the sense of taste.
(Medic. News. 18. Oct. 1890.) (Periphere Nervenbahnen des Geschmacksinns.)

Bei einem Phthisiker, dessen linker N. vidianus in Folge Drucks durch eine Exostose degenerirt war, erstreckte sich die Degeneration über das Ganglion genic. hinaus längs der Chorda auf den Lingualis. Demnach verlaufen Geschmackfasern aus dem Gangl. sphenopalatin. durch Vidianus und Chorda in den Lingualis und mit diesem auf den vorderen Theil der Zunge. Diese war nämlich bei den P. geschmacklos gewesen, während der hintere Theil der Zunge sowie Gaumen und Fauces geschmacksempfindlich waren.
Kurella.

---

96) **Gradenigo**: Zur Morphologie des Anthelix beim Menschen.
(Archiv für Ohrenheilkunde 1891.)

Beim menschlichen Embryo konnte G. zwei normale Leisten constatiren: 1) Corpus und crus superius anthelicis und 2) crus inferius anthelicis, welcher nach Schwabe und dem Verfasser eine vom Reste des Anthelix verschiedene Bedeutung hat. Als Anomalie, gewissermassen als accessorische Anthelices fand sich eine Leiste, welche eine Fortsetzung des crus inferius anthelicis nach unten und vorne bis zum Boden der Cymba conchae darstellte und parallel mit dem eigentlichen Anthelix verläuft, und eine zweite, welche concentrisch mit dem corpus anthelicis verläuft. Peltesohn.

---

97) **J. Onanoff**: De la perception inconsciente.
(Arch. de Neurologie. 1890. Nro. 57.)

Verf. bestimmte die Zeit der „Réaction simple inconsciente“ oder die Zeit, welche vergeht von dem Momente einer unbewussten Erregung bis zur darauf als Antwort folgenden unbewussten Bewegung. Er benutzte dazu Personen, die an hysterischer Anaesthesie litten, und fand bei seinen Versuchen, dass die Zeit bei einfacher unbewusster Reaction eine Verkürzung erfährt und dass letzteres eine Eigenthümlichkeit psychischer Anaesthesie überhaupt ist. Auch für den Gesichtssinn des gesunden Menschen liess sich

Aehnliches nachweisen. Ferner zeigte sich, dass die Zeitdauer derselben Reaction bei Hysterischen mit Hemianaesthesie auf beiden Seiten die gleiche ist, wodurch sich auch das Fehlen einer Störung in den geordneten Bewegungen der anaesthetischen Seite erklärt. Eine Ausnahme macht die schwere Anaesthesie bei männlichen Hysterie, woselbst sich die „Réaction simple inconsciente“ nicht nachweisen lässt. Otto.

---

98) **Beevor and Horsley**: Results obtained by electrical excitation of the so-called motor cortex and internal capsule in an orang-outang.
(Transactions of the R. soc. of London. Bd. 181. b. p. 129.)

Die vorliegenden Untersuchungen haben ein ausserordentliches Interesse durch ihre Vornahme an einem der bisher noch nie auf Hirnlocalisation untersuchten anthropomorphen Affen. Im einzelnen sind die Versuchsergebnisse nur an der Hand der von den Verff. gegebenen Illustrationen darzulegen; im wesentlichen war die Lage der motorische Reaction ergebenden Rindenterritorien dieselbe wie beim Cynomolgus sinicus (Meerkatze), d. h. sie lagen alle in der Nähe des F. Rolando, und wesentlich auf der Praecentral-Windung. Vom Stirnlappen aus konnten nur Augenbewegungen (Rotation vom Ort der Reizung fort) ausgelöst werden. Es war eine sehr weitgehende Specialisirung der Localisation möglich; auch von der inneren Capsel aus liessen sich nach Rinden-Abtragung gesonderte Bewegungen auslösen. Weitere Daten, darunter auch Controllversuche am Menschen, gelegentlich einer Operation Jacks. Epilepsie, sind im Original nachzusehen.
Kurella.

---

99) **W. Permwan**: The cortical representation of the conjugate movements of the eyes and head (Rindenlocalisation der conjug. Kopf-Augen-Bewegung).
(Lancet 1890. II. Nro. 6.)

Eitrige Meningitis nach Trauma; hinterer Abschnitt der linken zweiten und dritten Stirnwindung meistbetheiligt. Intra vitam conj. Abw. Anfangs nach links, später dauernd während convulsiver Anfälle nach rechts.
Kurella.

---

100) Dr. **Neumann** (Budapest): Klinisches über die Innervation und den Muskelmechanismus des Kehlkopfs. (Berl. Klinische Wochenschr. 1891, S. 141.)

Verfasser bespricht an der Hand zweier von ihm beobachteter Fälle das durch Exner's thier-physiologische Versuche scheinbar wieder ins Wanken gekommene Capitel von der Innervation des Kehlkopfs durch den N. recurrens und laryngeus superior.

Der erste Fall betrifft einen 35jährigen Tagelöhner, dessen Recurrentes in metastatisch vergrösserte Drüsen am Schlüsselbein eingebettet waren. Die Folge war eine totale Lähmung sämmtlicher Kehlkopfmuskeln mit Ausnahme des crico-thyreoideus anticus. Die pathologisch-anatomische Untersuchung der einzelnen Muskeln bestätigte das Semon-Horsley'sche Gesetz: Der crico-arytaenoid. posticus war am stärksten degenerirt, während die laterales, transversi und interni nur geringe Grade von Atrophie zeigten. Der vom N. laryngeus superior dagegen innervirte crico-thyreoideus blieb functionell

und anatomisch intakt. Da jedoch beim Lebenden keine Extension oder die kleinste Excursion der Stimmbänder zu bemerken gewesen war, so schliesst Verfasser daraus, dass dieser letztere Muskel allein ohne das Zusammenwirken der anderen Kehlkopfmuskeln nicht im Stande ist, das Stimmband zu spannen oder zu bewegen.

Der zweite Fall betrifft einen 40jährigen Arbeiter, der sich in selbstmörderischer Absicht eine Halswunde zugefügt und dabei den N. laryngeus superior dexter verletzt hatte. Die Folge hiervon war, dass das rechte Stimmband schmäler aussah als das linke und beim Phoniren in einer etwas höher gelegenen Ebene verblieb. Aus diesem Grunde sprach der Patient nur mit heiserer Stimme. Uebrigens erwähnt Verfasser, dass in diesem Falle der Kehldeckel beim Phoniren sich nicht hob, macht aber sonderbarer Weise nicht darauf aufmerksam, dass diese mangelnde Beweglichkeit der Epiglottis ebenfalls für den Functionsausfall des N. laryngeus superior charakteristisch ist. Peltesohn.

---

101) **Boulloche**: Des paralysies à l'impoisonnement par la vapeur de Charbon. (Arch. de Neurologie 1890 Nro. 59.)

Verf. stellt die wichtigsten Lähmungserscheinungen der Kohlenoxydvergiftung zusammen. Es können alle Formen von Lähmung vorkommen, sowohl einzelner Muskeln, als Gruppen derselben, Hemiplegien am häufigsten, selten Paraplegien. Die Strecker sind dabei meist vorwiegend betroffen. Ebenso verschiedenartig an Ausdehnung können die Sensibilitätsstörungen sein und zwar als alleiniges Symptom oder mit Motilitätsstörungen zusammen. Auch neuralgische Erscheinungen können auftreten. Schwellung, Cyanose, Brand, Pemphigus und Herpes sind als trophische Störungen zu erwähnen. Bezüglich der elektrischen Erregbarkeit constatirt Verf. bei einem 31jährigen Manne mit Lähmung und Atrophie der Schultermuskulatur in Folge CO-Vergiftung Entartungsreaction. In anderen Fällen war nur eine Verminderung der elektrischen Erregbarkeit vorhanden. Die Sehnenphänomene fehlen oder sind erhöht. Vollständige oder nur theilweise Heilung der sensibelen und motorischen Störungen ist der gewöhnliche Ausgang. Pathologisch-anatomisch wurden Entzündungsprocesse an den peripherischen Nerven in einzelnen Fällen gefunden, auch manchmal Veränderungen in den Muskeln. Im Gehirn fanden sich weiter Blutungen, Erweichungen an verschiedenartigen Stellen, nach der einen Ansicht in Folge fettiger Entartung der Gefässwand, nach der anderen Ansicht in Folge von Embolis durch die Vergiftung veränderter Blutkörperchen. Während die genannten Befunde jenem Theil der Symptomenbilder zu Grunde liegen, spielt nach Ansicht des Verf. in anderen Fällen die Kohlenoxydvergiftung nur die Rolle eines agent provocateur für die Hysterie, und es sind die auftretenden Erscheinungen danach zu beurtheilen. Otto.

---

102) **Goldflam**: Ueber eine eigenthümliche Form periodischer, familiärer, wahrscheinlich auto-intoxicatorischer Paralyse. (Wiener med. Presse Nro. 36.)

Verf. theilt einen Fall von vorübergehender, wiederkehrender Lähmung aller Extremitäten mit; der wegen der grossen Seltenheit der Krankheit von grossem Interesse ist. Im Laufe von wenigen Stunden trat eine vollständige schlaffe Lähmung aller Muskeln auf, — mit Ausnahme der Kopf- und

Respirationsmuskeln, — die nach 2—3 Tagen wieder verschwand. Die Häufigkeit der Anfälle war bei diesem Patienten ziemlich bedeutend, bei den elf übrigen Familienmitgliedern aber, die an derselben Krankheit litten, ganz verschieden; auf die Lebensdauer scheint diese Krankheit keinen Einfluss zu haben. Die electromuskuläre Contractilität ist, wie schon früher von Westphal beobachtet wurde, fast aufgehoben, stellt sich jedoch nach demselben wieder ein. Verf. erklärt die Krankheit als aus Autoinfection mit einem toxischen, dem Curare ähnlich wirkenden Stoff entstanden.

Elf Verwandte des Kranken von mütterlicher Seite litten an mehr oder weniger häufigen Anfällen; in G.'s Fall waren diese am häufigsten.

Kurella.

---

103) **A. Pulawski**: Paralysie totale des quatre extrémités et du tronc pendant 48 heures. (Gazette hebdomadaire. 1890. Nro. 45.)

Vier Anfälle der aus dem Titel hervorgehenden Lähmung, von denen der dritte 24, der vierte 48 Stunden andauerte. Kein Fieber, keine Sensibilitäts- und Reflexstörungen. Totale Heilung unter reichlichem Schweiss und alkalischer Harnreaction. Der Fall ist dem oben referirten ganz analog und wird auch von P. identisch aufgefasst. Kurella.

---

104) **Nonne** (Hamburg): Ueber eine eigenthümliche familiäre Erkrankungsform des Centralnervensystems. (Arch. f. Psych. XXII. 2. p. 283.)

Eine bisher noch nicht beschriebene, auf familiärer Anlage beruhende Entwicklungshemmung des *Centralnervensystems*, bestehend in einer *allgemeinen abnormen Kleinheit*, mit der einzigen histologischen Anomalie des Ueberwiegens der feinen Fasern auf Kosten der gröberen in den vorderen und hinteren Rückenmarkswurzeln. Die Krankheit bestand bei 3 Brüdern (*ein* Fall kam bisher zur Section) und wurde manifest: zweimal in den Pubertätsjahren und einmal bei Gelegenheit eines Shocks im mittleren Lebensalter. Der Verlauf war ein durchaus chronischer, und die klinischen Symptome kamen dem bei Atrophie des Kleinhirns beobachteten Krankheitsbilde sehr nahe: Coordinationsstörungen der willkürlichen Muskulatur, am meisten in den unteren Extremitäten; Sprachanomalien, beruhend auf fehlerhafter Innervation des Muskelapparats; Sehschwäche in Folge von beginnender Opticusatrophie und Functionsschwäche der Augenmuskeln (keinerlei Sensibilitätsstörung!); schliesslich mehr oder weniger hochgradige Einbusse der Intelligenz. — Die vorhandene Familiendisposition kennzeichnete sich dadurch, dass bei anderen Geschwistern und Verwandten der drei Brüder häufig nervöse und trophische Anomalien beobachtet wurden. Langrenter.

---

105) **E. Siemerling** (Berlin): Zur Syphilis des Centralnervensystems. (Sep.-Abdr. aus dem Archiv f. Psychiatrie etc. Bd. XXII. Heft I. 1890.)

Die drei hier ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten beanspruchen einen besonderen Werth deswegen, weil die Casuistik der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks im Verhältniss zu der des Gehirns noch eine geringe zu nennen ist. Da nun zu diesen drei Fällen des Verf.'s

die Section und die mikroskopische Untersuchung, deren Resultate auf zwei instructiven Tafeln sich vorfinden, interessante Ergebnisse zu Tage fördern, so lohnt es sich wohl der Mühe, auf dieselben etwas näher einzugehen. Verf. resumirt die einzelnen Fälle selbst folgendermassen; Im *ersten* handelt es sich um eine 47jährige Frau, Potatrix strenua. Bereits $1^1/_4$ Jahr nach der antiluetischen Behandlung (Spritzcur) treten spinale Symptome auf: eine schnell eintretende Lähmung der Beine. Bei Aufnahme in's Krankenhaus ergiebt die Untersuchung eine schlaffe Lähmung der unteren Extremitäten. Kniephänomene sind herabgesetzt. Sensibilitätsstörungen: Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit an der linken unteren Extremität mit Verlangsamung der Empfindungsleitung. Incontinentia urinae et alvi. Keine cerebralen Symptome. Im weiteren Verlauf sind Kniephänomene herabgesetzt, dann links fehlend, dann beiderseits gesteigert, endlich beiderseits normal.

Die Section ergiebt eine gummöse Wucherung im unteren Dorsaltheil, welche, von der Pia ausgehend, auf den Vorderstrang und das Vorderhorn der einen Seite übergegriffen hat. Die Pia ist verdickt, mit Rundzellen infiltrirt. An einem grossen Theil des Querschnittes im unteren Dorsaltheile lassen sich myelitische Veränderungen nachweisen. Nach oben und unten nimmt der Process an Intensität ab. Die Wurzeln, namentlich die vorderen, sind umscheidet und theilweise zur Atrophie gebracht in der Höhe des unteren Dorsaltheils. Ausgesprochene Wandveränderungen der in der Pia und Substanz verlaufenden Gefässe, der Arteria vertebralis. Kleiner Erweichungsherd im Mittelhirn. Das kurze Bestehen des Processes, sowie die mehr fleckweise über eine grössere Höhe des Rückenmarks vertheilte Degeneration mag wohl die aufsteigende resp. absteigende Degeneration verhindert haben. Obwohl lediglich spinale Symptome das Krankheitsbild beherrschen, finden sich doch Erkrankungen an den Hirngefässen, am Hirn selbst. Der Wechsel im Kniephänomen ist vielleicht durch Druckschwankungen zu erklären, welcher die Wurzeln ausgesetzt sind.

Der *zweite* Fall betrifft eine 65 Jahre alte Frau. 1878 traten secundäre syphilitische Erscheinungen auf (Schwitzcur), 1882 Doppeltsehen und Augenmuskellähmung links. December 1887 Parese der Beine. 26. December 1887 rechtsseitiger apoplectiformer Insult, welcher sich nach einigen Tagen ziemlich ausglich. Seitdem Abnahme der geistigen Fähigkeiten. Jan. 1888 status praesens: Demenz mit Stimmungswechsel. Rechtsseitige, hochgradige Parese mit Betheiligung des Facialis, geringe Parese der linken unteren Extremität. Pupillen sind reflectorisch starr, links complete Oculomotoriuslähmung. Kniephänomene beiderseits gesteigert. Tod im Collaps.

*Section* ergiebt makroskopisch einen Erweichungsherd im linken Corpus striatum, Linsenkern und innerer Kapsel, Gummata im linken Linsenkern, Thalamus opticus, in den Hirnschenkel hinein sich fortsetzend. Atrophie des Zungengrundes.

Die *mikroskopische* Untersuchung stellt fest, dass die innere Kapsel links im vorderen Theil nur wenig erweicht ist. Die gummöse Geschwulst im linken Hirnschenkel hat den Oculomotorius dieser Seite völlig zum Schwund gebracht. Kerne des Oculomotorius beiderseits, namentlich aber der linke, atrophisch. Die eintretenden Oculomotorii sind beide bis in ihre Endverzweigungen degenerirt. Die von ihnen versorgten Muskeln (Rect. intern. Rect. inf.) zeigen einen nicht unerheblichen Grad von Atrophie. In der Mitte des rechten Hirnschenkels eine kleinere Gummigeschwulst. Ab-

ducens intact, sein Muskel deutlich entartet. Im calamus scriptorius findet sich Ependymitis. Pia des Pons und der Medulla oblongata mässig verdickt. an einzelnen Stellen infiltrirt. Gefässe in ihr zeigen Wandveränderungen. Chiasma ist gequollen, von der Peripherie aus mit Rundzellen infiltrirt. Optici lassen anfangs beim Austritt aus dem Chiasma dasselbe Verhalten wie dieses erkennen, weiterhin bieten sie das Bild einfacher Atrophie in einem Theile des Querschnittes. Intima der linken Arteria fossae Sylvii wenig verdickt.

Im *Rückenmark* ist die Pia vom obersten Halstheil bis zum untersten Dorsaltheil verdickt, dann intact, nur im Lendentheil hier und da leichte Kernanhäufung. Die Gefässe des Rückenmarks zeigen Wandveränderungen: Infiltration der Adventitia, Verdickung der Intima bis zur völligen Obliteration der Venen mit neugebildeten Gefässen im Thrombus. In der Substanz findet sich aufsteigende Degeneration der Hinterstränge, vom unteren Dorsaltheil an, ausgehend von einer gummösen Wucherung in den Hintersträngen des unteren Dorsaltheils, welche diese fast völlig zerstört und auch auf die graue Substanz übergegriffen hat. Myelitische Veränderungen der Fasern. Im Halstheil ausgedehnte Blutungen mit Zerstörung des Gewebes. Hintere Wurzeln vom unteren Dorsaltheil an partiell atrophisch degenerirt.

Klinisch liessen sich trotz dieser ausgedehnten Veränderungen im Rückenmark nur die Symptome eines cerebralen Leidens nachweisen. Freilich war die Sensibilitätsprüfung durch die Demenz der Patientin unzulänglich.

Der *dritte* Fall bot auch klinisch eine Combination einer cerebralen und spinalen Erkrankung: Eine 42jährige Frau erleidet im März 1887 einen linksseitigen Schlaganfall mit schneller Rückbildung. Häufigere Anfälle. Im Januar 1888 Krampfanfälle epileptischen Charakters. Am 7. Februar abermals linksseitiger Schlaganfall. Status: Demenz. Linksseitige Hemiparese mit Betheiligung des Facialis. Schwäche des rechten Beines. Pupillenreaction links erhalten, rechts erloschen. Rechtsseitige Hemianopsie. Sprache näselnd, langsam. Kniephaenomene beide erhalten. Besserung der Lähmung der Extremitäten und des Facialis im Februar. Wiederholte epileptiforme Anfälle, wonach Verschlechterung. Tagelang anhaltende schwere bulbäre Symptome: Schluckstörung, Lähmung der Zunge, beider Faciales. Sensibilitätsprüfung unmöglich. Kniephänomene sind in ihrem Verhalten wechselnd. Seit 3. März ist es links nicht mehr hervorzurufen. Seit 9. März ist es rechts Morgens vorhanden, Abends nicht. Auch die Pupillenreaction zeigt ein wechselndes Verhalten. Im Coma nach epileptischen Anfällen tritt der Tod ein. Die *Section* ergiebt eine völlige Erweichung der linken Hemisphäre. In der Spitze des linken Schläfenlappens befindet sich ein wallnussgrosser Tumor (Gummi). Arterien der Basis sind sclerotisch. Im Pons sind Blutungen bis in die Vierhügelgegend nachzuweisen. *Mikroskopisch* zeigen sich in der linken Hemisphäre Körnchenzellen. Rechte Vertebralis und Arter. basilaris in ihren Wandungen enorm verdickt. Blutungen beginnen bereits in der Medulla oblongata am centralen Ende des Hypoglossuskerns. Rechte Pyramidenbahn im Pons und Medulla oblongata absteigend degenerirt. Chiasma gequollen, mit Rundzellen infiltrirt. Beide Optici eine Strecke weit noch partiell atrophisch. Beide Oculomotorii bis in ihre Endverzweigungen deutlich entartet. Im Rückenmark ist Pia stark verdickt, reichlich mit Zellen infiltrirt, besonders im Halstheil und in der Lendenanschwellung. Gefässe zeigen durchweg ausgesprochene Wandveränderungen.

Von der verdickten Pia aus gehen Wucherungen, theils frische in der Form von Granulationsgewebe, theils gummöse necrotische auf die weisse Substanz über, zuweilen bis auf die graue sich erstreckend. Grosser Theil der Nervenfasern im myelitischen Zerfall. Absteigende Degeneration des linken Pyramidenseitenstranges und des rechten Pyramidenvorderstranges. Im Dorsaltheil gummöse Wucherung im bereits degenerirten Seitenstrang. Die Wurzeln sind in den verschiedenen Höhen von der Neubildung mit ergriffen. Vom unteren Dorsaltheil an sind unter den vorderen und hinteren die meisten Bündel zu Grunde gegangen, in der Regel finden sich aber in einem Wurzelbündel noch einige gut erhaltene Nervenfasern. In Folge Zerstörung der hinteren Wurzeln Degeneration der Hinterstränge an manchen Stellen.

Die rechtsseitige Hemianopsie verdankt offenbar ihre Entstehung einem linksseitigen Hirnherde, welcher älteren Datums war als die rothe Erweichung, welche die Spuren des älteren Herdes verwischte. Die linksseitige Lähmung der Extremitäten und des Facialis ist auf einen rechtsseitigen Hirnherd zu beziehen. Die absteigende Degeneration der rechten Pyramidenbahn weist auf das Vorhandengewesensein eines solchen hin. Das Schwanken einzelner Symptome tritt in diesem Falle deutlich zu Tage. Das frühe Verschwinden des Kniephänomens der linken Seite erklärt sich aus dem Befallensein der Wurzeln im unteren Dorsaltheil. Die Eigenthümlichkeit des Processes, welcher die Wurzeln betroffen hat, der Gefässreichthum der Wucherung, die Veränderungen an den Gefässen selbst bringen es mit sich, dass wir an diesen Stellen einen wechselnden Druck auf die Wurzel annehmen müssen, wodurch der Wechsel des Kniephänomens bedingt ist. Ebenfalls durch Druckschwankungen ist die Verstärkung der bulbären Symptome zu erklären, während man über das Wiedererscheinen der Pupillenreaction hinsichtlich der unsicheren Kenntniss über den Verlauf der pupillenbewegenden Fasern nichts Sicheres aussagen kann. Von Interesse ist das Erhaltensein der Function in beiden Oculomotoriis trotz der ausgesprochenen atrophischen Veränderungen.

Vergleicht man die drei in Vorstehendem ziemlich ausführlich wiedergegebenen Fälle mit den in der Literatur bereits niedergelegten, so tritt auch hier der von Oppenheim betonte Zusammenhang von Hirn- und Rückenmarkssyphilis deutlich hervor. Den Gefässveränderungen des Hirns sind offenbar die zahlreichen Erweichungen, resp. Blutungen in den grossen Ganglien, im Corp. striatum und Thalamus opticus, in der inneren Kapsel, im Mittelhirn, Pons und Medulla oblongata zuzuschreiben. Im Falle II und III findet sich das seltene Vorkommen von Gummigeschwülsten im Linsenkerne, Thalamus opticus, Hirnschenkel, in der Spitze des linken Schläfenlappens. Betrachtet man die Veränderungen am Hirn, seinen Gefässen, umhüllenden Häuten, die Erweichungen, Blutungen, Tumoren und Kernatrophien, so fällt eine gewisse Regelmässigkeit im örtlichen Auftreten auf, wir sehen Stellen, die fast nie frei bleiben, so namentlich das Chiasma, der interpedunculäre Raum.

Im Rückenmarke sind es dieselben Processe, wie sie sich im Hirne abspielen: Kleinzellige Infiltration der Pia mit Vermehrung des Gewebes, Gefässveränderungen, Uebergreifen der Wucherung auf die Umgebung, Blutungen und Erweichungen. Zu diesen direct durch die Syphilis gesetzten Veränderungen kommen die durch die Hirnherde gesetzten in Form

von aufsteigenden und absteigenden Degenerationen und die myelitische Veränderung. Eine Alteration an den Ganglienzellen, ohne dass diese durch Blutung resp. Erweichung oder Infiltration entstanden wäre, vergleichbar dem Process, wie er an den Kernen der Augenmuskelnerven in einzelnen Fällen sich zeigt, konnte Verf. nicht constatiren. Einzelne Autoren nehmen eine solche primäre Veränderung an — die hier aufgefundenen waren secundärer Natur. Wenn auch die Pia meistens als Ausgangspunkt der Wucherung angesehen werden muss, so bietet doch der absteigend degenerirte Seitenstrang eine Praedilectionsstelle für eine Gummigeschwulst, die von innen nach aussen gewachsen ist. Die Veränderungen der weissen Substanz sind secundärer Natur. Auch die Wurzeln sind hervorragend in Mitleidenschaft gezogen, und auch hier wie anderwärts lässt sich das sprungweise Vordringen des Processes nachweisen. Hinsichtlich der ausführlichen Schilderung der Gefässveränderungen — Endoarteriitis, Periarteriitis chronica, Plebitis obliterans — müssen wir auf das Original verweisen.

Der Wechsel in den Erscheinungen ist als Hauptkriterium für die Diagnose sowohl der Hirn- als auch der Rückenmarkslues anzusehen. Wie oben bei Fall III näher dargethan, ist derselbe auf Druckschwankungen zurückzuführen. Von besonderem diagnostischen Interesse erscheint für die Rückenmarkslues das wechselnde Verhalten des Kniephänomens. Auf solche einfache, jedem bequem zugängliche Merkmale, die ohne instrumentale Hilfe leicht zu beobachten sind, zuerst hingewiesen zu haben, bleibt immer ein grosses Verdienst. In dem Referat über einen Siemerling'schen Fall von genitaler Hirn- und Rückenmarkssyphilis in diesem Centralblatte 1888 Nr. 21 hat Erlenmeyer zuerst den praktischen Nutzen dieses wechselnden Verhaltens — Oscillirens — des Kniephänomens hervorgehoben; er hat ihn aus der Krankengeschichte herausgelesen und in Analogie zu anderen bekannten oscillirenden Erscheinungen bei der Lues des Hirns und Rückenmarks gesetzt. Oppenheim, der sich dieser Auslegung anfangs widersetzte, gab später seine Opposition auf, und Siemerling ist heute im Stande, auf Grund der oben mitgetheilten Fälle den Erlenmeyer'schen Ausführungen beizustimmen. Von welcher Bedeutung dieses Symptom werden kann, ist aus der dritten der hier mitgetheilten Beobachtungen ersichtlich, da lediglich aus dem eigenartigen Verhalten der Kniephänomene die Diagnose auf ein spinales Leiden gestellt werden konnte. Goldstein.

---

106) **Charles A. Oliver** M. D. (Philadelphia): An Analysis of the Motor Symptoms and Conditions of the Ocular Apparatus, as observed in Imbecility, Epilepsy, and the second stage of General Paralysis of the Insane.

(The American Journal of the Med. Sciences, Nov. 1890. p. 486.)

O. veröffentlicht das Resultat seiner 4jährigen Beobachtungen dieser Affectionen im „State Hospital for the Insane" (Norristown) und gelangte nach einer genauen Analyse und Beschreibung der individuellen Fälle zu folgenden Conclusionen:

1) In idiopathischer Epilepsie der Erwachsenen, männlichen Geschlechts, auch wo das Stadium der Dementia bereits erreicht wurde, bleiben die intra- sowohl als auch die extra-ocularen Motorgruppen scheinbar, in der Regel, unbeeinflusst betreffs der Innervation und Leistungsfähigkeit; ob-

gleich in einigen Fällen Beschränkungen in der Leistungsfähigkeit zu existiren scheinen.

2) In den minderen Graden von Blödsinn, beobachtet bei Männern, welche durch Missbildung oder eine Krankheit minderen Grades hervorgerufen wurden, als die, welche die sogenannte Idiotie bedingen, und die in der Jugend oder vor der Geburt bestanden haben, bleiben die intra- sowohl als auch die extra-ocularen Muskelgruppen, in der Regel, bezüglich der Innervation und Leistungsfähigkeit unbeeinflusst. Sie scheinen, in der That, gewöhnlich ihren ursprünglichen Zustand zu behalten ohne ausgesprochene Indicationen der Abnützung; ein Zustand, welcher ziemlich bestimmt für die geringe Abnützung eines genau equilibrirten Muskelapparats zeugt.

3) Im zweiten Stadium der Paralyse, beobachtet im Manne, sind die intra- sowohl als auch die extra-ocularen Motorgruppen in allen Fällen mehr oder weniger paretisch, bewiesen durch die Ungleichheiten und Unregelmässigkeiten der Pupillen, Eigenthümlichkeiten in der Bewegung der Regenbogenhaut, Verlust des Ciliartonus und Kraft, durch extra-oculare Insufficienz und ataktische und nystagmatische Bewegung, welche alle unvollständige Muskel-Innervation und unzureichende Muskelthätigkeit indiciren.

F. H. Pritchard (Boston).

---

107) **A. W. Wilmarth**: Report on the examination of one hundred brains of feeble-minded children. (The alienist and neurologist, October 1890.)

Bei der Section von hundert Idioten fand Verf. folgende Veränderungen:

| | | |
|---|---|---|
| Sklerose mit Atrophie in . . . . . | 12 | Fällen, |
| tuberöse Sklerose in . . . . . | 6 | - |
| diffuse Sklerose in . . . . . | 7 | - |
| degenerative Veränderungen an Ganglienzellen, Marksubstanz und Gefässen in . . . . . | 15 | - |
| Hydrocephalus in . . . . . | 5 | - |
| allgemeine Hirnatrophie in . . . . . | 2 | - |
| mangelnde Entwicklung in verschiedenen Formen in | 16 | - |
| Haemorrhagie in . . . . . | 1 | - |
| ausgedehnte Verklebung der Membranen nach alter Meningitis in . . . . . | 3 | - |
| Angiom in . . . . . | 1 | - |
| Gliom (mit Sklerose) in . . . . . | 1 | - |
| Porencephalie in . . . . . | 1 | - |
| Summa | 69 | Fälle. |

Von 31 Fällen, in denen keine pathologische Affection oder mangelhafte Entwicklung des Gehirns nachgewiesen werden konnte, war in 6 Fällen Hypertrophie des Schädels, in 2 Fällen acute Erweichung, in 2 Fällen Mikrocephalie, in 2 Fällen ein sehr einfacher Windungstypus vorhanden.

Verf. bespricht einzelne der zahlreichen genannten Befunde etwas näher und führt einige Beispiele zu deren Erläuterung an. Strauscheid.

---

108) **George R. Wilson**: A large brain.
(Edinburgh medical journal, Januar 1891.)

Bei einem 75 Jahre alten Manne, welcher an Leukocythämie starb, fand man post mortem ein Gehirn von einem Gewicht von 1814,4 Gr. (64 engl. Unzen). Das Gehirn war sehr anämisch, enthielt fast keine Flüssigkeit und wurde unmittelbar nach der Leichenöffnung gewogen. Der betreffende Patient war bis vor einem Jahre geistig gesund gewesen, hatte sich aber nie in irgend einer Weise hervorgethan. Er kam in die Irrenanstalt wegen seniler Demenz. Strauscheid.

---

109) **E. D. Fisher** (New-York): Syphilis of the nervous system.
(The journal of nervous and mental disease, Januar 1891.)

Verf. giebt eine kurze, lesenswerthe Beschreibung der Pathologie der Nervensyphilis, wie sie zumal in den Arbeiten der deutschen Autoren in den letzten Jahren dargestellt worden ist. Wesentlich Neues bringt die Arbeit nicht. Strauscheid.

---

110) **W. Salomonson** (Amsterdam): Rosenbachs nieuwe Gewrichtsaandoening (Rosenbachs neue Gelenkaffection).
(Nederlandsch Tijdschr. v. Geneeskunde 1891, Nro. 3.)

S. beschreibt kurz drei Fälle der von Rosenbach im vorigen Jahrgang dieser Zeitschrift, Heft 8, zuerst dargestellten Affection. Im zweiten Falle handelt es sich um sehr ausgesprochene Affection beider Zeigefinger, mit starker Deviation des linken; im dritten Falle waren auch die beiden Endphalangen der zweiten Zehen beiderseits befallen. Auch W. betont die eigenartige Natur der Affection, hebt die differential-diagnostischen Momente zwischen ihr, der Gicht und der Arthritis deformans hervor, will aber weder das symmetrische Auftreten noch die begleitenden Paraesthesien als Beweise eines neurotischen Ursprungs gelten lassen, ohne seinerseits einen Erklärungsversuch zu machen. Kurella.

---

111) **O. Medin** (Stockholm): Epidemisk optraeden af infantil Paralyse. (Epidemisches Auftreten von Kinderlähmung.) (Hygiea, September 1890.)

Verf. beobachtete 5 Fälle von Kinderlähmung im Frühjahr 1888, vom August an nahm die Zahl der Fälle zu, so dass man im November schon 44 zählte. Neben der Häufigkeit der Fälle waren auch die sie begleitenden ernsten Symptome auffallend. In drei Fällen trat nach 5—6 Tagen unter fortschreitenden allgemeinen paralytischen Symptomen der Tod ein. — Es handelt sich hier also um ein epidemisches Auftreten der wohlbekannten Kinderkrankheit, und zwar stellenweise unter Formen, die der Verf. bisher noch nicht beobachtet hatte. In der Literatur finden sich einige wenige Notizen über das epidemische Auftreten der Krankheit, unter anderm Cordier's Beschreibung (1885) einer kleinen Epidemie von 13 Fällen in der Nähe von Lyon. Von den hier in Rede stehenden Fällen befanden sich 14 Kinder im ersten, 9 im zweiten, 11 im dritten, 6 im vierten, 2 im fünften und 1 im sechsten Lebensjahr. Praedisponirende Ursachen oder Prodrome waren in keinem der Fälle zu entdecken, gewöhnlich wurden ganz

gesunde Kinder plötzlich von der Krankheit befallen; die Disposition besteht eben in dem frühen Kindesalter. Die isolirten Fälle kommen bekanntlich am häufigsten im Sommer vor, und auch diesmal trat die eigentliche Epidemie im August und September auf, — die Jahreszeit scheint also von ätiologischer Bedeutung zu sein. Im Fieberstadium waren die charakteristischen Zeichen: Unruhe, Schmerzen im Körper, Somnolenz und dyspeptische Symptome, Brechen oder Verstopfung; Temperatur unregelmässig, selten über 39 °. Charakteristisch war die Somnolenz, von leichter Benommenheit bis zu tiefem Sopor; in den letalen Fällen trat Coma ein. Convulsionen beim Fieber wurden nur ein paar Mal beobachtet. Die Anfälle dauerten gewöhnlich 2 bis 4 Tage, in ein paar Fällen wurde gar kein Fieber beobachtet. Die paralytischen Symptome traten schon während des Fiebers auf, nach Aufhören desselben wurden keine neuen Lähmungen wahrgenommen. Vollständige Genesung ist nur selten wahrgenommen worden, in der Mehrzahl blieb, wie gewöhnlich, ein oder das andere Gebiet paralytisch oder atrophisch.

Im Allgemeinen war also das Krankheitsbild dasselbe wie bei Poliomyelitis acut. anterior, aber in 17 Fällen zeigten sich doch, mit Rücksicht auf die Localisation mehr oder weniger abweichende Symptome. Man hat bisher geglaubt, dass bei Kinderlähmung die Cranialnerven fast nie angegriffen werden. Der Verf. hat gerade in dieser Hinsicht andere Erfahrungen aufzuweisen. — Als typische Form nennt er Monoplegia facialis, von der er im Laufe der kurzen Zeit nicht weniger als 3 Fälle beobachtete. Schon das gleichzeitige Auftreten spricht für einen ätiologischen Zusammenhang mit infantiler Paralyse, noch mehr aber das vorausgehende Fieberstadium, das demjenigen bei Kinderlähmung ganz ähnlich ist. Und dass der Facialis wirklich in den Process mit hineingezogen werden kann, dafür lagen auch bestimmte Indicien vor, denn in nicht weniger als 5 Fällen wurde Facialisparalyse gleichzeitig mit Poliomyelitis und Polyneuritis beobachtet. Ob die Lähmung auf einer Neuritis oder einer Affection des Facialiskerns beruhte, bleibt unentschieden; Verf. nimmt Letzteres an; er nennt im Zusammenhange hiermit auch einen interessanten Fall, wo der Facialis und Abducens auf derselben Seite die einzigen gelähmten Nerven waren; was wohl am besten aus der Annahme einer Affection beider Nervenkerne erklärt wird. Ausser den schon genannten kamen noch 11 andere Fälle von Paralyse der Schädelnerven, zugleich mit Poliomyelitis vor. Theils handelte es sich um den Facialis, theils um den Abducens, der in 5 Fällen gelähmt war. Mit Rücksicht auf den Hypoglossus beobachtete M. in dem einen Falle eine bedeutende Sprachstörung (ataktische Aphasie), und in einem anderen fand sich mikroskopisch eine Degeneration der Hypoglossuskerne. In 3—4 Fällen war der Accessorius gelähmt, selbst Lähmungen des Nerv. Vag. kamen vor; die zwei Todesfälle nämlich, die M. beobachtete, traten unter schnell entstehender Dyspnoe und Cyanose ein. Ganz besonders hebt Verf. die Innervationsstörungen des Oculomotorius hervor; zum ersten Mal beobachtete er dieselben in Gestalt mangelhafter Coordination der Augenbewegungen bei Fixation, Nystagmus und endlich Trägheit der rechten Pupille. In den beiden letal verlaufenden Fällen bestand Affection des Oculomotorius, in dem einen Nystagmus und Pupillendifferenz, in dem anderen bestand schon zwei Tage vor dem Tode Paralyse sämmtlicher Augenmuskeln. Aus diesen Beobachtungen geht also hervor, dass höchstwahrscheinlich alle Kerne in der

Medulla oblongata und im Pons, die morphologisch und physiologisch mit den Nervenkernen im Vorderhorn des Rückenmarks äquivalent sind, von diesem Krankheitsprozess angegriffen werden können.

Zugleich mit der Poliomyelitisepidemie, und zwar auf dem Höhepunkt derselben, wurden auch mehrere Fälle von Polyneuritis beobachtet. Schon das könnte, wie Strümpell, Leyden u. A. angedeutet haben, auf genetische Identität schliessen lassen. Auch hier war es ein Kind zwischen 2 und 3 Jahren, das plötzlich von Fieber, Somnolenz u. s. w. befallen wurde, ähnlich dem Verhalten bei Poliomyelitis. In anderer Beziehung waren die Symptome ganz verschieden. In 3 Fällen konnte man in der Reconvalescenz ausgeprägte Ataxie beobachten, ein bei kleinen Kindern höchst seltenes Phänomen. Verf. glaubt die ataktischen Symptome als directe Folge der Polyneuritis erklären zu können, ohne sie zu Veränderungen im Rückenmark in Beziehung zu bringen. Muskelatrophien wurden dabei nicht beobachtet. Auch bei den Fällen von Polyneuritis kamen einige Male Lähmungen der Cranialnerven vor.

Das Sectionsresultat bei zwei im acuten Stadium gestorbenen Kindern, einem $3\,^1/_2$jährigen Mädchen, das 6 Tage krank gewesen war, und einem Kinde von 5 Monaten, das am 5. Tage der Krankheit starb, zeigte Ekchymosen unter Pleura und Pericardium, parenchymatöse Degeneration von Herz, Milz, Leber und Nieren sowie der Darmfollikeln und Mesenterialdrüsen, — also Veränderungen wie bei heftigen acuten Infectionskrankheiten. Was das Nervensystem betrifft, so fand man in beiden Fällen Hyperaemie der Dura spinalis mit Blutungen ausserhalb derselben, sowie punktförmige Blutungen im Vorderhorn, speciell der Hals- und Lumbalregion.

Die mikroskopische Untersuchung ergab einen acuten, parenchymatösen Process mit Degeneration der Ganglienzellen und secundärer Degeneration in den Nervenfasern der Vorderseitenstränge und in den vorderen Nervenwurzeln, sowie inflammatorische und degenerative Veränderungen in den Nervenkernen des Hypoglossus, Facialis, Vagus und Abducens.

Der Verf. ist der Ansicht, dass infantile Paralyse ohne Zweifel eine specifisch-acute Infectionskrankheit ist, die epidemisch auftreten könne. Die Beobachtungen zeigten ferner, dass nicht bloss die vorderen grauen Hörner des Rückenmarks afficirt werden, sondern im acuten Stadium der ganze Organismus ergriffen wird. In einigen Fällen schien während des acuten Stadiums eine stark ausgebreitete functionelle Störung des Nervensystems zu bestehen; meistens ist das Vorderhorn am stärksten afficirt, aber in einigen Fällen waren augenscheinlich die peripheren Nerven und die Hirnrinde in gleichem Masse angegriffen. Es ist anzunehmen, dass die meisten, ja alle Nervenkerne in Medulla und Pons von infantiler Paralyse ergriffen werden können; in schweren Fällen kommt Poliomyelitis, Polyneuritis und Poliencephalitis dazu. Wie wechselnd die sich zeigenden Symptome auch sein mögen, gleichviel welcher Theil des Nervensystems auch ergriffen sein mag, und ob sich die Krankheit als Polyneuritis, Poliomyelitis, Monoplegie oder Poliencephalie darstellt, in genetischer Hinsicht gehören alle diese Affectionen einem einheitlichen Processe an. Kurella.

112) **Guinon et Parmentier**: Sur une complication peu connue de la sciatique. (Arch. de Neurologie 1890, Nro. 59.)

In der umfangreichen Arbeit, in welcher die Verf. fünf selbstbeobachtete Fälle ausführlich mittheilen und über sechs Fälle der Literatur berichten, werden folgende Schlusssätze aufgestellt: Es giebt eine wenig bekannte Complication der Ischias, die aus einer auf den einen Ast des Ischiadicus (N. poplit. ext.) beschränkten Neuritis besteht und sensibele und motorische Störungen in dem betreffenden Gebiet hervorbringt. Diese Complication findet sich bei einfacher Ischias, ist aber bis jetzt noch nicht beschrieben worden und ist bei traumatischer Ischias (vom Becken aus) schon bekannt. Aetiologisch und pathogenetisch bietet sie nichts Besonderes. Wegen des Sitzes ist überhaupt das Vorwiegen der Neuritis der Extensoren zu betonen. Die Complication ist meist eine ernste wegen Muskelatrophie. Otto.

---

113) **W. B. Pritchard,** M. D. (New-York).
(The Modern Treatment of Sciatica; The American Journal of the Medical Sciences, January 1891, p. 22.)

Der Autor unterscheidet zwei verschiedene klinische Krankheitsbilder von Ischias, und zwar a) Neuritis ischiadica, b) Neuralgia ischiadica. Er hält die Unterscheidung in der Diagnose für sehr wichtig, da die Prognose und Behandlungsweise davon abhängen. Die Thatsache, dass dem Leiden in gewissen Fällen eine Neuritis zu Grunde liegt, hat viele Aerzte veranlasst, für alle Fälle von Ischias diese pathologische Veränderung als den einzigen *immer* gegenwärtigen Zustand anzunehmen, und dass der Unterschied in den klinischen Symptomen nur von dem Grade der Entzündung abhängt. Obgleich Vieles diese Anschauung unterstützt, ist der Autor einer von denen, welche glauben, dass es Fälle giebt, die eher einen neuralgischen als neuritischen Charakter besitzen. Er sagt, es werden gewiss zwei verschiedene klinische Krankheitsbilder dieser Affection angetroffen, und es ist schwer, ihnen eine gemeinsame Pathologie zu Grunde zu legen. Er führt die folgenden zwei Symptomengruppen an, um den Unterschied zu demonstriren und zugleich die Differentialdiagnose zu erleichtern.

a) *Neuritis ischiadica.*

Ursachen: Wunden und Tumoren deuten eher Neuritis an als Neuralgie.

Schmerz dumpfer; in Paroxysmen und Intervallen auftretend; Paraesthesie von Stechen, Prickeln und Taubheit.

Bewegungen der Extremität, besonders kräftige Extension, verursachen Schmerz.

Anaesthesie entwickelt sich, zeitweise, schnell innerhalb begrenzter Felder.

Schwellung und Empfindlichkeit bei Druck entlang dem Verlauf des Nerven können auftreten.

Trophische Veränderungen in der Haut, den Haaren und Nägeln. Trophisches Schwinden der Muskeln.

Parese oder Paralyse der Muskeln mit Degenerationsreaction auf galvanischen Strom.

Abnormale Stellung des Körpers (Babinski, Nicoladoni), manchmal bemerkt.

b) *Neuralgia ischiadica.*

Aetiologie dieselbe, ausser von gewissen constitutionellen Zuständen — Anaemie, Malaria (?) deuten auf Neuralgie, ausgenommen der Process sei bilateral.

Schmerz stärker und anhaltender; Paraesthesie selten, speciell die Taubheit.

Der Schmerz ist nicht besonders oder gar nicht vermehrt durch Bewegungen.

Wirkliche Anaesthesie ist sehr selten. Allgemeine Taubheit kann vorkommen.

Keine Schwellung. Schmerz, nicht blosse Empfindlichkeit, bei Druck auf gewisse Punkte.

Keine trophischen Veränderungen. Geringgradiger Muskelschwund durch Nichtgebrauch.

Keine Parese oder Paralyse. Keine Degenerationsreaction.

Abnormale Stellung ausnahmsweise angetroffen.

P. bespricht ausführlich die Pathologie, makro- und mikroskopischen Befunde der Neuritis, wenn eine solche der Ischias zu Grunde liegt, und betont, dass weder solche noch andere makro- oder mikroskopische Unterschiede bei gewissen Fällen von Ischias gefunden werden und man solche als „Neuralgien" bezeichnen muss.

In der Behandlung von mehr als 60 Fällen von Ischias mit den sogenannten „anti-rheumatischen" Mitteln hatte P. nur ausnahmsweise Erfolg. Er benützte Phenacetin, Antipyrin, Antifebrin, Exalgin, Cocaïn und Osmiumsäure; die zwei letzteren nur hypodermisch. Phenacetin gab die verlässlichsten und zufriedenstellendsten Resultate. Exalgin wurde, nach vielen Experimenten, unverlässlich gefunden. Eine gegenwärtige Cachexie sollte mit den betreffenden Mitteln, Roborantia (Eisen, Chin. und Arsen), Luftveränderung etc., bekämpft werden. Sehr wichtig ist es, die Ursache des Leidens zu finden und zu entfernen. Die Ursache kann eine mechanische und locale oder constitutionelle sein. Unter den localen Ursachen erwähnt Autor: Wunden, Verrenkungen, Hüftgelenkkrankheiten, Geschwülste des Beckens, Ansammlungen von Faeces, Lageveränderungen des Uterus, Varix und Aneurysmen. Toxische Zustände des Blutes rufen manchmal locale Neuritis hervor. Blei, Arsen, Diabetes, Alcoholismus, Syphilis und gewisse Mikroorganismen, wie in Malaria, wurden als Ursachen angegeben. P. erkennt drei Principien in der Behandlung von Ischias; — Linderung der Schmerzen, Bekämpfung der Entzündung und absolute Ruhe des afficirten Körpertheiles. Die absolute Ruhe ist das Wichtigste. Der Patient sollte nicht allein im Bette liegen, sondern sollte durch eine lange geeignete Schiene, welche so angebracht sein sollte, dass die locale Behandlung des Nerven nicht gestört ist, verhindert sein, den erkrankten Nerven functioniren zu lassen. Zur Behandlung der Entzündung benützt er Eis in Gummibeuteln. Wo Kälte nicht vertragen wird, sollten warme Applicationen angewandt werden; jedoch die beiden nie alternirend in Verwendung kommen. Morphin ist das beste Mittel, den Schmerz zu lindern. Wenige günstige Resultate ergaben Terpentin, Arg. nitr., Schwefel, Cocaïn, Kali iod. etc. In den subacuten und chronischen Stadien empfiehlt P. Massage. Elektricität findet hier, wegen ihrer katalytischen und alterativen Wirkung, einen Platz, und zwar Galvanismus. Nervstreckung hält Autor für ungenügend und gefährlich. Zwei Fälle, die

damit behandelt wurden, zeigten wenig Linderung, und beide boten einen mehr oder weniger permanenten semiparetischen Zustand dar.

Albert Pick (Boston).

---

114) **Werdnig** (Graz): Zwei frühinfantile hereditäre Fälle von progressiver Muskelatrophie unter dem Bilde der Dystrophie, aber auf neurotischer Grundlage. (Arch. f. Psych. XXII. 2, p. 437.)

Erkrankung zweier Brüder im zehnten Lebensmonat. Anfänglich Atrophie der unteren Extremitäten, später auch der Rückenmuskeln. Rasch-progressiver Verlauf. Die Section des einen verstorbenen Patienten ergab Atrophie der grauen Vordersäulen; bei dem andern noch lebenden lassen charakteristische neurotische Symptome auf das Bestehen eines analogen Rückenmarkprozesses schliessen, und zwar sieht der Verf. diese Degeneration der motorischen Bahn als eine *primäre* an. Langrenter.

---

115) **A. E. Kiaer** (Kopenhagen): Et Tilfaelde af Brown-Séquard's Lamhed. (Ein Fall von Brown-Séquard'scher Lähmung.) (Hospitals-Tidende 1890, Nro. 30.)

Der im Juli vorigen Jahres von K. beobachtete Patient hatte 1878 einen Messerstich in die Mitte des Rückens in der Gegend des 6. und 7. proc. spinos. dors., links von der Mittellinie, erhalten. Damals bemerkte er, dass die Bewegungen des linken Beins gelähmt, das rechte Bein dagegen gefühllos war. Erst ein Jahr nach der Laesion wurde er wieder arbeitsfähig; von da an fühlte er keine Beschwerden, bis er im Juni 1890 Neuralgieen und Paraesthesieen in der dorsalen Seite des linken Beins bekam. Bei der Aufnahme bestand atrophische Schwäche der Muskulatur des linken Beins, im übrigen keine absoluten Lähmungserscheinungen; Plantar- und Patellarreflex links gesteigert, rechts herabgesetzt. Muskelsinn beiderseits intact; Sensibilität links normal bis auf eine mässig breite Gürtelzone ungefähr im Niveau des Trauma, die nicht ganz auf den Rücken sich erstreckt; rechts ist das Gefühl für Berührung allgemein herabgesetzt, aber nicht aufgehoben; dasselbe Verhalten am Rumpf in einer der rechten anaesthetischen Zone entsprechenden Ausdehnung. Ueber die elektrischen Verhältnisse macht K. sehr unvollständige Angaben; die ischiadischen Beschwerden wurden während der dreiwöchentlichen Behandlung gebessert.

K. erklärt die nicht ganz typische Form des Falls aus der langen Dauer des Verlaufs; er nimmt an, dass der Messerstich die linke Hälfte des Dorsalmarks zusammen mit den Wurzeln des neunten linken Dorsalnerven durchschnitten habe. Kurella.

---

116) **de Renzi**: Sulla paralisi di Brown-Séquard.
(Rivista clin. e terapeut. 1890, IV.)

Zwei Fälle von Spinal-Trauma mit entsprechenden Folgeerscheinungen. In beiden Fällen absolute Lähmung und erhebliche Atrophie der Extremität. Sehnenreflexe auf der paralytischen Seite gesteigert, faradische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln herabgesetzt. Kurella.

---

117) **H. Schmaus** (München): Zur pathologischen Anatomie der Seitenstrangerkrankung bei Tabes dorsalis. (D. Arch. f. klin. Medicin, Bd. 46, H. 2.)

Der in Nro. 3, Jahrgang IX, dieses Centralblatts wegen „einer eigenthümlichen Mitbewegung“ von Stintzing beschriebene Tabesfall ist von Schm. anatomisch untersucht worden. Indem wir wegen der etwas ungewöhnlichen Symptome auf das genannte Original verweisen, soll bemerkt werden, dass die Section eine Mischform von Hinter- und Seitenstrangsaffection ergab, mit partieller Erkrankung der Py. S. Str. und unsystematischer Affection der Kl. S. Letztere erklärt Schm. in interessanter Deduction für bedingt durch Affection per contiguitatem der angrenzenden Py.

Kurella.

---

118) **P. Raymond**: Contribution à l'anatomie pathologique du tabes dorsalis; sur la topographie des lésions spinales du tabes au début et sur la valeur systématique de ces lésions. (Revue de Médecine, 1891, p. 1.)

R.'s im Frühstadium zur Section gekommener Tabesfall zeichnete sich durch Einsetzen mit Erscheinungen von Seiten der Schädelnerven, mit vorwiegender Betheiligung der rechten Seite aus. Das erste Symptom war eine rechtsseitige Trochlearislähmung, auch die bald eintretende cutane Hyperaesthesie, verbunden mit Perceptionsverzögerung, war rechts mehr ausgesprochen; ataktische Erscheinungen waren nur leicht angedeutet; während des ganzen Verlaufs überwogen die Symptome innerhalb des vom Cervicalmark aus innervirten Gebiets.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die spinalen Laesionen rechts deutlicher ausgeprägt waren, und von der oberen Cervical- bis zur unteren Dorsal-Region abnahmen; das Lendenmark erwies sich als ganz frei; dabei hatte der Kranke keinen Patellarreflex gehabt. Die hinteren Wurzeln und die peripheren Nerven zeigten sich intact; in den Hintersträngen reichte die sklerosirte Zone nicht bis zur Peripherie; Pia-Fortsätze und Gefässe intact.

Damit steht B.'s Fall im Widerspruche mit den neueren bisherigen Angaben (Westphal, Strümpell, Flechsig) über den Sitz der Laesionen im Beginn der Tabes.

Kurella.

---

119) **A. Erlenmeyer**: Springende Thrombose der Extremitätenvenen und Hirnsinus bei einer Erwachsenen mit Ausgang in Genesung.
(Sonderabdr. a. d. Deutsch. Med. Wochenschr. 1890 Nro. 35. Leipzig, G. Thieme 1890.)

Bei einer 35jährigen bereits vor 8 Jahren mit einer Entziehungscur behandelten Gouvernante, welche den 11. Januar 1889 in einem sehr blutarmen und heruntergekommenen Zustande zu einer abermaligen Morphiumentziehung in die Erlenmeyer'sche Anstalt aufgenommen wurde, entwickelte sich Ende Januar eine Thrombose der linken Vena saphena interna von etwa 12tägiger Dauer. Fünf Tage nach der Genesung trat eine Pleuritis duplex auf; während deren Abheilung folgte etwa 13 Tage nach deren Beginn eine Thrombose der rechten Femoralis, welche auf die Iliaca comm. übergriff und 10 Tage dauerte. 5 Tage später stellte sich endlich eine Thrombose des Sin. long. sup. und des Sin. cavernosus ein, die 16 Tage anhielt und in Genesung überging. Die Diagnose der Thrombose des Sin. long. sup. begründete sich durch anfängliche wiederholte Kopfschmerzanfälle,

die immer in der Mittellinie der Stirn und des Scheitels localisirt und nach mehreren Tagen dauernd wurden, zunehmenden Sopor (kein Fieber, Puls 100—110, Resp. 30—32, oft schnarchend), Anschwellung des Nasenrückens und der beiden Schläfen und durch Fehlen centraler Reizerscheinungen, während die am nächsten Tage auftretende starke Schwellung der unteren Augenlider sammt der Jochbeinpartie, die Schwellung der Conjunctiva am inneren Augenwinkel, des nasalen Drittels der oberen Augenlider und endlich der Stirn nur auf die Thrombose des Sin. cavernosus bezogen werden konnte, in welchen die mit ihrer reichlichen Verästelung jene Theile versorgende Vena ophthalmica sich entleert.

Als Aetiologie sieht E. den mit der (toxischen) Anämie verbundenen Marasmus (marantische Thrombose) und die hereditären Venenerweiterungen bei der Patientin an (die Mutter, der Mutter Bruder und 3 Schwestern leiden alle an sehr starken Venenerweiterungen, vorzugsweise am linken Bein). Das Springen der Thrombose bringt E. mit örtlichen Erweiterungen in ursächlichen Zusammenhang, die gerade an den befallenen Theilen stärker ausgebildet waren, als an anderen.

Interessant ist die in diesem schweren Falle erfolgende Genesung. E. glaubt dieselbe allein der planmässigen Behandlung zuschreiben zu müssen, welche auf Steigerung der Herzkraft (planmässig gesteigerte Ernährung und Excitation) und auf Wegräumung aller circulatorischen Hindernisse (Horizontallagerung und Bedeckung des Kopfes mit Gummibeuteln, die mit heissem Wasser gefüllt waren) abzielte. Hoppe (Allenberg).

---

120) **Buchholz** (Nietleben): Beitrag zur Kenntniss der Hirngliome.
(Arch. f. Psych. XXII. 2. p. 385.)

Es handelt sich um eine diffuse Gliomatose in der vorderen Hälfte beider Gehirnhemisphären bei einer 35jährigen Frau. Die Geschwulstmasse bestand aus Rundzellen (besonders in Nestern) Spinnenzellen, Uebergangsformen und auffallend starken Gefässwucherungen. Detaillirte Erörterung des histologischen Befundes und der genetischen Verhältnisse. Verf. glaubt, dass die Neubildung — trotz der Zellnester — der Stützsubstanz des Centralnervensystems entspringe. Langrenter.

---

121) **J. Arthur Booth** (New-York): Two cases of tumor of the cerebellum.
(The journal of nervous and mental disease. Oct. 1890.)

Zwei interessante Fälle von Cerebellartumoren mit Autopsie werden kurz beschrieben. Wesentlich Neues bietet keiner derselben.
Strauscheid.

---

122) **S. Weissenberg** (Jelissawetgrad-Heidelberg): Ein Beitrag zur Lehre von den Lesestörungen auf Grund eines Falles von Dyslexie.
(Arch. f. Psych. XXII. 2. p. 414.)

Die Dyslexie bei einem 57jährigen gebildeten Manne äusserte sich derart, dass der Patient die ersten 3—5 Worte einer vorgelegten Schrift richtig ablas, dann plötzlich aufhörte und von den folgenden Worten nur die

*einzelnen Buchstaben* lesen konnte. Sehorgan intact, besonders auch keine Gesichtsfeldbeschränkung. Zugleich bestehende sensorische Aphasie sowie Paragraphie gilt hier als nebensächliche Erscheinung und wird später durch Druckwirkung erklärt. Bei der Section fand sich ein sehr ausgedehntes Angiosarkom des l. Hinterhauptlappens. Opticus, Chiasma, III. Stirnwindung und Schläfenwindungen waren normal. — Zur Erklärung der in Frage stehenden Dyslexie nimmt der Verf. an, dass das allgemeine Begriffscentrum für optische Eindrücke, in Sonderheit das Schriftwortbildcentrum und das Buchstabencentrum intact gewesen seien. Dagegen war die Bahn von dem letzteren (jedenfalls in der Rinde des Hinterhauptlappens liegenden) Centrum zu einem supponirten „irgendwo" zu localisirenden „*Buchstabenzusammenfügungscentrum*" durch den Tumor unterbrochen und so der Act des flüssigen Lesens unmöglich geworden. Das scheinbar prompte „Lesen" der ersten 3—5 Worte erklärt der Verf. folgendermassen: „Das optische Centrum ist intact, es sind nicht nur die Buchstaben, sondern auch die Schriftwortbilder erhalten; und da fast jeder Satz mit den allergewöhnlichsten Worten anfängt, so ist es begreiflich, warum die Kranken die ersten Worte prompt lesen können." (Vielleicht liegt es näher, eine zu Anfang grössere Spannkraft und folgende rasche Ermüdung anzunehmen. Ref.)

Langrenter.

---

123) **Charles L. Dana,** M. D. (New-York): A Study of the anaesthesias of hysteria. (The American Journal of the Med. Scienses; October 1890. p. 365—376.)

D. basirt den Bericht seiner eingehenden Studien auf 13 Fälle von Hysterie, in Männern und Frauen, traumatischen und nichttraumatischen Ursprunges. Er bezieht sich in seiner Arbeit auf die Werke über diesen Gegenstand von Charcot, Galezowski, Landolt, Badal, Binet, Pichon, Tourette, Guinon und anderer in Frankreich, Oppenheim, Thomsen, und Schiele in Deutschland, Moravcsik, Babinsky. Unter den englischen und amerikanischen Neurologen, die sich mit dieser Frage beschäftigten, erwähnt er Thorburn, Griffith, Bastian, Putnam, Mitchell, de Schweinitz u. a. Sieben höchst typische Fälle betrafen Männer. Nahezu alle waren deutscher, polnischer oder russischer Nationalität oder Abkunft. Der Autor giebt folgende Uebersicht der Frequenz der anaesthetischen Symptome:

1. Beschränkung des Gesichtsfeldes.
2. Anaesthesie der Haut; (a) Schmerz, (b) Temperatur, (c) Tastgefühl.
3. Gehörstörungen: Taubheit bei Knochenconduction und Beschränkung des Gehörfeldes.
4. Dyschromatopsia.
5. Anaesthesie der Muskeln und Gelenke.

Nach Wiedergabe der 13 Krankengeschichten, genauer Beschreibung der einzelnen Fälle und verschiedenen Anaesthesien gelangt D. bezüglich der Charakteristica der hysterischen Anaesthesie zu folgenden Schlüssen:

1. Die frequente Anwesenheit der hysterischen Anaesthesie in der Netzhaut und ihre eigenthümliche Vertheilung daselbst.
2. Ihre Vertheilung auf der Haut, zuerst die schmerzleitenden Nerven ergreifend, und ihre Modification, Verschwinden, oder Uebertragung durch Metalle, Suggestion oder Hautreizmittel.
3. Die hysterische Anaesthesie zieht den nervus auditorius in Mitleiden-

schaft, verursacht Taubheit für hohe und sogar niedere Noten, als auch Abstumpfung des Gehörs im Allgemeinen.

4. Die Seltenheit von Anaesthesie der Muskeln und Gelenke, welche nur im Zusammenhang mit schwerer Paralyse auftritt.

5. Die Mitleidenschaft des Geschmack- und Geruchsinnes.

Das Original enthält auch 3 perimetrische Diagramme.

F. H. Pritchard (Boston).

---

124) **Babinski**: De la migraine ophthalmique hystérique.

(Arch. de Neurologie 1890, Nro. 60.)

In einer längeren Einleitung bespricht Verf. die Momente, welche gestatten, ein Symptom als der Hysterie zugehörig auffassen zu dürfen. Das Zusammenvorkommen von Migraine ophthalmique und Hysterie ist schon öfter hervorgehoben worden, eine engere Zusammengehörigkeit beider hat Charcot betont. Verf. bemüht sich, in 4 ausführlich mitgetheilten Fällen, die im Original nachgesehen werden müssen, den Nachweis zu führen, dass die M. o. Aeusserung einer bestehenden Hysterie ist. Die Sehstörung war die bekannte, ohne dass indess eine deutliche Hemianopsie constatirt werden konnte. Otto.

---

125) **Ballet et Tissier**: Du bégaiement hystérique.

(Arch. de Neurologie 1890, Nr. 58.)

Verf. beobachteten bei Hysterischen und zwar bis jetzt nur bei 3 Männern, deren Krankengeschichten ausführlich mitgetheilt werden, eine Sprachstörung, welche mit dem Stottern grosse Uebereinstimmung zeigt. Dieses Stottern tritt gewöhnlich nach einer kurzdauernden aphatischen Störung auf und dauert Wochen oder Monate mit Besserung und Verschlimmerung. Motilitätsstörungen verschiedener Art zeigen sich dabei im Gebiet der Zunge. Otto.

---

126) **A. Souques.** De l'hystérie mâle. (Hysterie beim Manne.)

(Arch. gén. de méd. August 1890.)

Aehnlich wie Marie fand Souques in einem relativ grossen Krankenmaterial (zusammen 680 Fälle) einen grösseren Procentsatz männliche (5,9 %) als weibliche Hysterie (0,83 %). Er schildert die 26 Fälle männlicher Hysterie ziemlich ausführlich; alle Fälle betreffen Erwachsene, meist Arbeiter oder zweifelhafte Existenzen, darunter Alcoholisten, nicht weniger als 11 Fälle, wo Bleiintoxication, und 3, wo Trauma die Disposition zu der Neurose zum Ausbruch brachte. S. betont in den interessanten Einzelausführungen die Hartnäckigkeit der motorischen Ausfalls-Erscheinungen gegenüber den relativ-flüchtigen Sensibilitätsstörungen, und das Einsetzen deutlicher Hysterie mit apoplektiformen oder Schwindel-Anfällen. Kurella.

---

127) **A. Richter** (Dalldorf): Zwei Gutachten über traumatische Neurosen mit Irrsinn. (Arch. f. Psych. XXII. 2. p. 481.)

1. Subordinationsverletzung seitens eines Soldaten in einem Zustande von Neurose mit epileptoiden Bewusstseinsstörungen, erworben durch eine Misshandlung. Nachweis der Unzurechnungsfähigkeit.

2. Neurose verbunden mit allg. Depressionszustand und Beeinträchtigungsideen bei einem Hilfsbremser in Folge einer Verletzung (Sturz) im Dienste. Nachweis des Zusammenhanges. Langrenter.

---

128) **H. Kriege** (Strassburg): Ueber vasomotorische Störungen der Haut bei der traumatischen Neurose. (Arch. f. Psych. XXII. 2. p. 241.)

Verf. berichtet — gestützt auf casuistisches Material — über vasomotorische Störungen der Haut, und zwar: arterielle Kopfcongestionen mit Schweissbildung, Urticaria-ähnliche Exantheme und locale Cyanosen, die er bei classischen Fällen von traumatischer Neurose constatirte. Es können diese Befunde durch ihren objectiven Charakter bei Simulationsfragen von besonderem Werth sein. Langrenter.

---

129) **Kämpfer** (Breslau): Ueber ein nach dem Genusse alcoholischer Getränke auftretendes Exanthem. (Therap. Monatshefte 1890. Nro. IX.)

Ein an Rheumat. articul. behandelter Potator bekommt nach geringen Mengen geistiger Getränke jedesmal ein während einer halben Stunde fortdauerndes, vom Gesicht aus sich symmetrisch verbreitendes, mit Quaddeln unterstreutes Exanthem, zugleich neben Kopfschmerz, Hyperaemie der Conjunctiva und vermehrter Speichelabsonderung. K. führt die Erscheinung mit Recht auf eine vasomotorische Vermittlung zurück; seine Annahme einer Reizung vasodilatatorischer Nerven scheint freilich hypothetisch.

Kurella.

---

130) **Camuset** (Bonneval): Sur un cas de tétanos chez un épileptique. (Arch. de Neurologie 1890. Nro. 58.)

48jähriger Mann, ohne erbliche Belastung oder Lues oder Potus. Bis zum 4. Lebensjahre bestanden epileptische Anfälle. Vom 28. Jahre ab Wiederauftreten derselben, danach Hallucinationen und Drang zu Gewaltthätigkeit, wesshalb Internirung erfolgte. Ausser den Anfällen bestand Demenz, Reizbarkeit, Verfolgungsideen, Arithmomanie. 8 Tage nach der Aufnahme trat eine tetanische Starre aller Muskeln auf (auch an der Hand). 12 Tage nachher Besserung. Darauf erster epileptischer Anfall, dem nach 2 Tagen ein zweiter folgte. Nach Beendigung des klonischen Stadiums trat eine Erschlaffung der vorher tetanischen Muskeln ein, um nach vollständigem Ablauf des Anfalles der Starre wieder Platz zu machen. Weitere Anfälle verliefen in derselben Weise. Nach 5 Wochen schwand die tetanische Starre ganz. Otto.

---

131) **P. Kovalevski** (Charkow): Myxoedème ou Cachexie Pachydermique.
(Separat-Abdruck aus „Archives de Neurologie“ Nro. 53. — 26 p. 8°.)

K. giebt eine die Arbeiten bis Mitte 1888 umfassende Zusammenstellung und kritische Würdigung der klinischen Beobachtungen über das Myxoedem, der chirurgischen Erfahrungen über seine Entwicklung nach Thyroïdektomie und der physiologischen Arbeiten über die Function der Schilddrüse. Der Anfang der Kenntnisse dieser Affection geht auf die Publication von Ord im Brit. med. Journ., 1878, zurück, während der erste Fall von Cachexia strumipriva 1883 von Reverdin (Rev. méd. de la Suisse rom.) mitgetheilt wurde, und durch physiol. Experimente zuerst Horsley (Lancet 1886) das Auftreten einer Cachexia in drei Stadien — nervöses, mucinoides, atrophisches Stadium — bei Affen nachgewiesen hatte. K. giebt eine Darstellung des Krankheitsbildes auf Grund der Litteratur und fünf eigener Fälle, von denen eines den Charakter der Idiotie trug, während bei zwei jungen Frauen hereditäre Belastung und der Einfluss von heftigen Gemüthsbewegungen hervortraten; der fünfte Fall ist sehr bemerkenswerth durch seine Combination mit Morbus Basedowii. Es handelt sich um eine schwer belastete, in der Jugend epileptische Frau, die mit dreissig Jahren Zustände von psychischem Automatismus und hallucinatorischer Verwirrtheit durchmachte. Mit 40 Jahren stellte sich Herzklopfen ein, zwei Jahre später Exophthalmus, ein halbes Jahr darauf Struma, während die Anfälle von „furor epilepticus“ fortdauerten, wobei zugleich (im Anfall) die Symptome des M. Bas. zunahmen. Kurz darauf trat eine deutliche myxoedematöse Veränderung der Haut an den unteren Extremitäten auf, später auch an Wangen und Lippen. Zugleich trat eine zunehmende Apathie und Langsamkeit aller psychischen Leistungen auf. Innerhalb drei Monaten gingen unter dem Gebrauch von Bädern, Galvanisirung des N. Symp. und Chinin-Gebrauch etc. die Erscheinungen des Myxoedem zurück; M. Based. und Epilepsie blieben bestehen.

Kurella.

---

132) **Henry Alexis Thomson** (Edinburgh): On a form of overgrowth of the skull following the distribution of the fifth nerve.
(Edinburgh medical journal, Januar 1891.)

Bei einem 53jährigen Manne, der von Kindheit auf an Epilepsie litt und im status epilepticus starb, fand man post mortem eine sehr beträchtliche Hypertrophie der linken Hälfte des Gesichts- und Gehirnschädels im ganzen Bereiche der Trigeminusverzweigung. Die hinteren, ausserhalb des Trigeminusbereiches liegenden Schädelpartien waren von normaler Dicke. Neben der Hypertrophie der Knochen bestand auch eine starke Verbreiterung der für den Durchtritt der Nerven und Gefässe bestimmten Kanäle und Löcher, speciell derjenigen, welche für die verschiedenen Trigeminusäste bestimmt sind. Unzweifelhaft hat dieser Verbreiterung der foramina intra vitam eine Verdickung der hindurchtretenden Nerven entsprochen, welche leider bei der Autopsie gar nicht untersucht worden sind. Sehr beträchtlich war der Einfluss, den die mächtige Hypertrophie des linken Stirnbeins auf das Gehirn ausübte; das Gesammtgewicht des Gehirns betrug 50 Unzen, von denen auf die rechte Hemisphäre 25 Unzen, auf die linke hingegen nur 16 Unzen kamen. Die Windungen des linken Stirnlappens waren stark abgeflacht und atrophisch. In der falx cerebri fand sich eine scheibenförmige

Knochenplatte von einem Durchmesser von 5 Cm. Ein ebensolches, fast gleich grosses Knochenstück fand man in der centralen Sehne des Zwerchfells. Sonst entdeckte die Autopsie keinerlei pathologische Organveränderungen.

Wann die Gesichtsdeformation sich zu entwickeln begonnen hat, ist unbekannt, jedenfalls muss dieser Zeitpunkt ein sehr früher gewesen sein. Die Epilepsie dürfte wohl mit Bestimmtheit auf den Druck, welchen die breite frontale Enostose auf das Gehirn ausübte, zurückzuführen sein.

Strauscheid.

---

133) **Simon**: Ueber die Behandlung von infantiler Paralyse.

(Gaz. d. hôp. 4. Dec. 1890.)

Verf. rieth, bei Beginn der Behandlung dieser Krankheit, die er anlässlich eines Falles von infantiler Lähmung eingehend bespricht, besonders bei frischen Fällen, Revulsiva auf diejenige Stelle der Wirbelsäule anzuwenden, die, den Symptomen nach, den Sitz der Krankheit bildet, und zwar schlägt er verdünntes Krotonöl, Senfpflaster und trockene Schröpfköpfe vor, da strengere Mittel wegen der gewöhnlich vorhandenen bedeutenden Hyperästhesie nicht gut vertragen werden. Ferner räth Verf. zu einer Beruhigung der nervösen Erregung durch Chloral, Akonit und Koniin, sowie zu einer Stimulation der Hautfunction in Gestalt von warmen Bädern oder Dampfbädern. — Dies alles gilt nur für den Beginn der Behandlung, für die ersten acht Tage etwa, — im ferneren Verlauf muss die Elektricität die Grundlage für die Behandlung bilden. Verf. ist der Meinung, dass man, da faradische Ströme zu Anfang nicht geeignet sind, mit schwachen galvanischen Strömen (2—4 M. A.) beginnen muss. — Die Dauer der Sitzung darf nicht über 8, höchstens 10 Minuten ausgedehnt werden; der positive Elektrode soll dabei an der Schulter des Patienten, der negative in einer Wanne mit Wasser angebracht werden, in die hinein der Arm des Patienten hängt. Ausserdem hält Verf. Massage, stimulirende Frictionen, und im weiteren Verlaufe der Krankheit Faradisation, sowie Satz- und Schwefelbäder, Mineralwasser u. dgl. für angezeigt. Durch passende Bandagen muss einer etwaigen Verkrüppelung der Extremität vorgebeugt werden. Von Medicamenten wird Arsenik und Nux vomica (in Tinktur, ein Tropfen nach jeder Mahlzeit) angerathen.

Kurella.

---

134) Dr. **Forel**: Zwei Criminalpsychologische Fälle.

(Zeitschrift f. Schweiz. Strafrecht, II. Jahrg. 1. Heft.)

*Fall 1:* J. Kaufmann, 20 J. alt, unehelich geboren, wurde im Waisenhaus erzogen. Er war geistig beschränkt bis zur Stupidität, düster, in sich gekehrt, verschlossen, träge, lügnerisch, diebisch, ohne alle gemüthliche Regungen, kurzum er zeigte Defecte auf dem Gebiete der Intelligenz, noch mehr des gemüthlichen und ethischen Lebens, welches fast ganz darniederlag. In der Lehre bei einem Giesser war er phlegmatisch und träge, frech und bösartig. Er hatte besondere Vorliebe für Seiltänzer, Cirkus und Schaubuden. Bei seinem eigenthümlichen, abenteuerlichen, romanhaften Neigungen fasste er den Plan, vom Pilatus aus, wo er sich eine Hütte bauen wollte, Vorstellungen im Seiltanz und als Athlet zu geben, stahl zunächst ein Spar-

kassenbuch und entführte hierauf, einem plötzlichen Impulse folgend, ein Kind, das er auf der Strasse traf und durch Geschenke an sich lockte, um es als Wunderkind zu seinen Vorstellungen zu benutzen. Schon am nächsten Tage wurde er von der Polizei abgefasst und schliesslich der Anstalt Burgholzli zur vierwöchentlichen Beobachtung übergeben. Dieselbe führte zu dem Gutachten, „dass K. an Schwachsinn mittleren Grades leide, wobei ein colossaler angeborener, ethischer Defect mit bedeutender Urtheilsschwäche, abenteuerliche Triebe und Apathie die Hauptrolle spielen; es sei kaum anzunehmen, dass er sich noch bessern könne, er werde wohl sein Leben lang ungefähr so bleiben und dabei die gleichen Gefahren bieten; dass ferner K. in Folge seines Schwachsinnes die Strafbarkeit seiner verschiedenen Vergehen nur ganz unklar und die Tragweite des Kinderraubes gar nicht einsehen könne und in Folge angeborener ethischer Defecte und Urtheilsschwäche stets in Gefahr bleiben werde, ähnliche Handlungen weiter zu verüben.“ Trotzdem wurde K. zu 10 Monaten Arbeitshaus verurtheilt, allerdings durch einen Nachtragsbeschluss die künftige Versorgung des Angeklagten ins Auge gefasst.

*Fall 2:* Ein junger 19jähriger Mann, H. (dessen Mutter an menstrueller Manie litt), wenig begabt, verschlossen, dabei schwärmerisch und pietistisch, hatte mit einem Kameraden Y. eine intime, überschwängliche Freundschaft geschlossen, die einer triebartigen, krankhaften Liebe glich und so weit ging, dass H. eifersüchtig wurde, als Y. sich mit Anderen abgab. Als derselbe, durch die eindringliche Ueberschwenglichkeit des H. belästigt, zusehends kühler wurde, schoss H., darüber unglücklich, nachdem er dem Y. schon einige Scenen gemacht hatte, bei einem Spaziergange mehrere Schüsse mit einem Revolver auf Y. ab und schliesslich sich selbst in die Brust. —

Während der Heilung seiner Schusswunde im Krankenhaus schrieb er einen Brief an Y., worin er ihn wieder seiner glühenden Liebe versicherte und ihm erklärte, dass, wenn ihm dies versagt würde, ihm nur Tod und Hades übrig blieben, wenn sie ihm aber gewährt würde, Glück, Licht, Erreichung der Lebensideale etc. ihm bevorständen. Als Motiv seiner That gab er an, er hätte, lebensüberdrüssig, nicht allein sterben können und seinen besten Freund mitnehmen müssen. In Burghölzli, wohin H. zur Beobachtung geschickt wurde, stellte sich deutlich heraus, dass er erhebliche ethische Defecte hatte, an conträrer Sexualempfindung verbunden, mit Hysterie (hysterische resp. hystero-epileptische Anfälle) und phantastischer Schwärmerei litt; dazu kamen wechselnde triebartige Impulse, zerfahrene, unlogische Ideenassociationen, letztere nach Art der Verrückten zwangsmässig sich aufdrängend, mit dem Charakter einer blinden, fanatischen, unbelehrbaren Ueberzeugung.

F. gab sein Gutachten dahin ab:

1. dass H.'s Geistesthätigkeit zur Zeit, als er den Schüler Y. durch Revolverschüsse verletzte, in dem Maase gestört gewesen ist, dass er weder die Fähigkeit der Selbstbestimmung noch die zur Erkenntniss der Strafbarkeit seiner Handlung nöthige Urtheilskraft besass;

2. dass H., als gemeingefährlich versorgt werden sollte; sein Zustand biete wenig Aussichten auf Besserung.

Das Verfahren wurde eingestellt. —

Auf die rechtzeitige und geeignete Versorgung (in besonderen Anstalten, wo die Behandlung auf Stärkung und Besserung des Charakters abzielen soll) solcher abnormer, monströser Menschen mit verbrecherischen Neigungen und Trieben legt F. mit Recht den Hauptnachdruck. Die Strafe „als

Sühne“ bei solchen Menschen sei ein Nonsens („wie die Wuth eines Kindes, das einen Rosenstrauch schlägt, an welchem es selbst oder sein Bruder sich gestochen hat“), ein noch grösserer die Verschärfung der Strafe bei Rückfälligen, da gerade die meisten Rückfälligen geistig am abnormsten, moralisch am defectesten sind. Wenn der Begriff der geistigen Normalität als möglichst adäquate Anpassung des Geistes an die Kräfte der Aussenwelt bezeichnet werden kann und demnach der scheinbar freie normale Wille eine den Kräften der Aussenwelt (also auch dem Willen anderer Menschen resp. den Bedürfnissen der Menschheit) möglichst adäquat angespannte Kraftresultante oder Reaction unseres Geistes ist, so ist das Verbrechen nichts weiter als eine inadäquate Reaction, welche sich speciell gegen einzelne Menschen oder gegen die Gesellschaft richtet. Die Ausmerzung des Inadäquaten (Abnormen, Kranken) muss systematisch wissenschaftlich als die eines Schadens und nicht mit dem blinden Affect der „gerechten Entrüstung“ geschehen.

---

135) Dr. **Paul Moreau** (de Tours): Suicides étranges.
(Annales médic.-psych. 1890. 2 u. 3.)

Verfasser bringt eine Reihe von Selbstmorden, die durch ihre eigenthümliche Art der Ausführung, theils durch das Raffinement, die Energie, theils durch die Grausamkeit, mit welcher sie ins Werk gesetzt, interessante Abweichungen von den gewöhnlichen Selbstmordarten bieten. Unter diesen Selbstmördern finden wir sowohl geistig gesunde, die die That mit voller Ueberlegung begangen, sowie Irre, die in Folge ihrer Wahnvorstellungen zu diesem Akte getrieben wurden.

Eine Erklärung für die eigenthümliche Wahl der Mittel ist im Allgemeinen nicht zu geben. Nicht selten mag dieselbe durch die gerade bestehenden Umstände begründet sein. Nachahmung spielt nachgewiesener Massen eine sehr grosse Rolle. Unaufgeklärt bleiben immer die Fälle, in welchen eine bequeme Todesart möglich war, und doch diese ungewöhnliche Art gewählt wurde. Meist handelt es sich wohl hier um irre Personen. Der Charakter der Betreffenden ist ausserdem nicht ausser Acht zu lassen; z. B. haben wohl Manche eine ungewöhnliche Art gewählt in dem Bestreben, so wie sie bei Lebzeiten es gewöhnt waren, auch durch ihren Tod die Aufmerksamkeit des Publicums auf sich zu lenken.

Lehmann (Dalldorf).

---

136) Dr. **H. Dagonet**: Etude clinique sur le délire de persécution.
(Annal. méd. psych. 1890, 2. 3.)

Wenn auch der Verfolgungswahn keine in sich abgeschlossene Form der Seelenstörung darbietet, sondern als Symptomengruppe, welche sich bei den verschiedensten Formen der Seelenstörung vorfindet, aufzufassen ist, so sind wir doch klinisch berechtigt, einen Verfolgungswahn als solchen zu betrachten, der sich durch bestimmte Eigenthümlichkeiten, unter denen besonders ein strenges System der Wahnvorstellungen hervorzuheben ist, auszeichnet. Verfasser bringt eine eingehende Erörterung der Verlaufsarten des Verfolgungsdelirs, sowie eine systematische Eintheilung desselben. Die Details der Arbeit eignen sich nicht für ein Referat.

Lehmann (Dalldorf).

---

137) **W. Worcester**: Is puerperal insanity a distinct clinical form?
(Americ. Journal of Insanity, July 1890, Nr. 1.)

Eingehendere Schilderung von acht Fällen, mit Discussion der abweichenden Erscheinungen. In Uebereinstimmung mit vielen (vielleicht den meisten) Beobachtern kommt er zu dem Schlusse, dass es keine im Allgemeinen charakterisirbare Form dieser Störung gebe, ebensowenig ein einzelnes Symptom, oder eine Symptomengruppe, die den Beobachter in Stand setzen könnte, auszusprechen (Mangels einer Anamnese oder von Zeichen des Puerperiums), dass ein gegebener Fall puerperaler Natur wäre.

E. Goodall.

---

138) **Séglas et Sollier**: Folie puerpérale; amnésie; astasie et abasie; idées délirantes communiquées. (Arch. de Neurologie 1890, Nro. 60.)

Eine 43jährige Frau, deren Vater durch Selbstmord endete, erkrankte im Verlaufe des Wochenbettes. Sie konnte nicht mehr stehen und gehen, während im Liegen die Bewegungen der Beine frei waren. Es bestanden keine elektrischen Veränderungen, jedoch eine Verminderung der Sensibilität an den Beinen, Verlust des Muskelsinns daselbst, sowie Abschwächung des Geruches links. Ausserdem bestanden Hallucinationen und Wahnideen, Verfolgung auf spiritistischem Wege (der Ehemann hatte als Spiritist seiner Frau derartige Ideen beigebracht), sowie totaler Verlust des Gedächtnisses für die Zeit nach der Entbindung. Auch das organische Gedächtniss hatte gelitten (Astasie-Abasie). Das Puerperium war Gelegenheitsursache für den Ausbruch der Geistesstörung bei der sonst hysterischen Person. Die Behandlung bestand in methodischen Uebungen auf psychologischem Wege.

Otto.

---

139) **Irving C. Rosse**: Clinical evidences of borderland insanity.
(The journal of nervous and mental disease, October 1890.)

Verf. giebt in aller Kürze einige Beispiele von Erkrankungen, welche nahe an die Geisteskrankheiten grenzen, wie Zwangsvorstellungen, hypochondrische Neurasthenie etc. Die Deutung der Krankheiten seitens des Verf. erscheint in vielen Fällen zum mindesten streitig. Neue Gesichtspunkte bringt er nicht bei.

Strauscheid.

---

140) **Bourneville, Sollier et Pilliet**: Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — Compte rendu du service des enfants idiots epileptiques et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1889, Paris, Lecrosnier et Babé.

Les rapports annuels publiés sous la direction du Dr. Bourneville se charactérisent par de nombreux détails sur l'organisation et l'amélioration de son service à Bicêtre. Le 1er Janvier 1889 le nombre des enfants idiots et epileptiques s'élevait à 378. Dans le courant de l'année il y a eu 68 entrées, 22 décès et 24 sorties. Un tableau spécial indique les causes du décès et les particularités inhérentes à chaque cas pathologique. — Dans la deuxième et troisième partie, relative à la thérapeutique, à la clinique et à l'anatomie pathologique nous rencontrons les mémoires suivants:

1) Bromure d'or, bromure de camphre et picrotoxine dans le traitement de l'epilepsie par Mr. Cornet.

2) de l'idiotie avec cachexie pachydermique par le Dr. Bourneville.

3) Contribution à l'étude des lésions histologiques de la substance grise dans les encephalites chroniques de l'enfance par le Dr. Pilliet.

4) Une famille hystérique (jeunes garçons et jeunes filles) par Mrs. Bourneville et Bricon.

Ces travaux ont paru dans les archives de Neurologie pendant le cours de l'année 1890 et ont été résumés dans la plupart des revues périodiques s'occupant de la neuropathologie. I. Morel (Gand).

---

141) **Dr. Sioli**: Bericht über die Anstalt für Irre und Epileptische in Frankfurt a. M., vom 1. April 1889 bis 1. April 1890. Frankfurt a. M. 1890.

Am 1. April 1889 war ein Bestand von 96 Männern, 98 Frauen = 194 Kranken. Im Berichtsjahr wurden neu aufgenommen 117 M., 91 W. = 208 Kr., der Abgang betrug 115 M., 75 W. = 190 Kr., so dass am 31. März 1890 ein Bestand von 98 M., 114 W. = 212 Kr. verblieb. Die Aufnahmeziffer ist vom Jahre 1886, wo sie 108 betrug, in den nächsten Jahren auf 109, 116, 208 gestiegen. Diese wesentliche Steigerung führt S. vorzugsweise auf die Erleichterung der Aufnahme und das sich mehrende Vertrauen des Publicums zur Anstalt zurück. Die Erleichterung der Aufnahme ist bedingt durch die Möglichkeit der eiligen Aufnahme (im Berichtsjahre 109) durch den Director, welche ausschliesslich freiwillige (von Seiten der Kranken) sind und auf Grund einer nachträglichen Untersuchung durch den Stadtphysicus vom Polizeipräsidium bestätigt werden; überall, wo Zwang angewendet werden musste, blieb die Einlieferung der Polizei überlassen (in 99 Fällen). —

Von den Krankheitsformen der Neuaufgenommenen nimmt an Zahl die progressive Paralyse die erste Stelle ein (38 M., 10 W.), Der Procentsatz an Paralysen unter den Männeraufnahmen betrug 32,5 %, unter den Frauenaufnahmen 11 %. — In aethiologischer Hinsicht figurirte der Alkohol (bei 11 M., 3 W.) in 7 % der Aufnahmen, gegenüber anderen Grossstädten ein verhältnissmässig kleiner Procentsatz; im ganzen Trunksucht in 27 Fällen als Haupt- oder als begleitende Ursache angeführt; darauf folgt Lues in 22 Fällen. Erwähnenswerth ist die Constatirung der erblichen Belastung bei der Paralyse in 21 von 48 Fällen also bei 43,75 %, während die Procentzahl aller erblich Belasteten 58,6 % beträgt.

Von den 190 Entlassenen waren 17,89 % geheilt; die (55) Todesfälle (darunter 35 Paralytiker) betrugen 13,43 % der Gesammtverpflegten. An der Influenza, welche vom 17. Dec. 1889 bis 10. Jan. 1890 in der Anstalt herrschte, erkrankten 18 M., 10 W. = 14 % des Bestandes, vom Personal dagegen mehr als die Hälfte; an dieser Krankheit starben 2 Kr. Beschäftigt waren 30 % der Männer, 45 % der Weiber.

Von den in Angriff genommenen Neubauten sind die Ueberwachungsstationen für 80 Kr. im Dec. 1889 bezogen worden, je zwei im Parterre und im 1. Stock, aus Lazarettsaal, Tagesraum, Corridor und Zellen bestehend.

Hoppe (Allenberg).

---

142) **F. Siemens**: Bericht über die Verwaltung der Provinzial-Irren-Anstalt zu Lauenburg in Pom. im ersten Betriebsjahre.

Der Bau der Anstalt wurde im Jahre 1887 auf dem unentgeltlich überlassenen Terrain begonnen; die bisherigen Anlagen haben 1 500 000 Mark gekostet. Für die zur Erweiterung auf 600 Plätze von vornherein vorgesehenen 6 weiteren Kranken-Pavillons, die i. J. 1891/92 zur Ausführung kommen sollen, sind 720 000 Mark ausgesetzt. Nach Fertigstellung der genannten Anlage soll eine ausführliche Publication mit Plänen und Beschreibungen folgen. Geheizt wird die Anstalt durch eine Central-Dampf-Heizanlage, beleuchtet durch elektrisches Licht.

Eröffnet wurde die Anstalt am 5. Juni 1889 mit 67 männlichen Kranken aus Uckermünde, denen am 6. Juni 91 Frauen aus Uckermünde und Bergquell folgten. Am Ende des Etatsjahres war die Anstalt mit 233 Kranken (115 Männer und 118 Weiber) belegt. Geheilt resp. gebessert entlassen wurden 17 (7 Männer und 10 Weiber), ungeheilt 3 Weiber. — Die Zahl der Beschäftigten erreichte nach Consolidirung der Verhältnisse 50 %, wovon der grösste Theil auf die landwirthschaftlichen Arbeiten fällt. Die Ackerfläche ist 150 Morgen gross, auf derselben ist eine Anzahl kleiner Rieselfelder angelegt. Hoppe (Allenberg).

---

143) **Marandon de Montyel**: Du personnel médico-administratif des asiles et de son recrutement. (Annal. méd.-psych. Nov./Dec. 1890.)

Eine Erklärung für den Niedergang der wissenschaftlichen Psychiatrie in Frankreich findet der Verfasser besonders in zwei Missständen, für welche er dringende Abhilfe für nöthig erachtet.

Die Rekrutirung des ärztlichen Personals in den Irren-Anstalten. Er bringt hierfür nach Würdigung der bestehenden Institutionen und der schon gemachten Vorschläge selbst folgende Bestimmungen in Vorschlag. Die Internes sollten nach abgelegter Prüfung durch die Universitäten gewählt werden. Von diesen werden mindestens drei Dienstjahre verlangt, ehe sie sich zur Prüfung zum méd. adjoint stellen können. Es soll die Bewerbung um diese méd. adjoints-Stellen nicht wie bisher üblich, auf das betr. Departement beschränkt bleiben, sondern eine allgemeine Bewerbung soll statt haben, damit auch den tüchtigen Leuten in der Provinz Gelegenheit geboten sei, nach dem Seine-Departement und nach Paris zu kommen. Auch die einzelnen Stellen sollten den Prüfungsergebnissen gemäss vertheilt werden, so dass die besten Stellen die in der Umgebung des Centrums bilden.

In gleicher Weise soll die Rekrutirung der médecins en chef aus den méd. adjoints erfolgen. Hierbei soll jedoch von einer Prüfung abgesehen werden, sondern die bisherigen wissenschaftlichen Leistungen des Betreffenden sollen den Ausschlag geben.

Den Mitgliedern des Comité supérieur des aliénés läge die Wahl ob: auch haben sie ausser dem Avancement die Besetzung der Stellen zu bestimmen; auch hier natürlich im Centrum des Landes die bevorzugten Stellungen.

Den zweiten Missstand findet er in der Vereinigung der ärztlichen und administrativen Leitung der Irrenanstalten. Der Director habe meist keine Zeit mehr, wissenschaftlich zu arbeiten, da ökonomische und administrative Fragen zu sehr in den Vordergrund treten. Dies sei für die Wissenschaft

und für die Patienten äusserst nachtheilig. Neben dem medicin. Director, und ihm untergeordnet, solle ein Administrator stehen. Um aber nun möglichst tüchtige Administratoren zu bekommen, soll auch hier eine Heranbildung derselben dadurch zu Stande kommen, dass, wie bei dem ärztlichen Personal, drei Stufen gebildet werden: les secrétaires, les receveurs ou économes, und les directeurs, welche sich alle aus der vorhergehenden Klasse rekrutirten. Auch hier solle bei jedem Avancement eine Prüfung der Fähigkeit und Leistungen des Einzelnen den Ausschlag geben.

Lehmann (Dalldorf).

---

144) **Cl. Neisser**: Die Bettbehandlung der Irren. — Vortr. geh. in der neurol. Abtheilung des X. internationalen med. Congr.

(Sep. Abdr. a. Berl. kl. Wochensch. 1890, Nr. 38.)

Der von den praktischen Aerzten fast gar nicht, aber auch in sehr vielen Irrenanstalten (z. B. in den süddeutschen und österreichischen) wenig gekannte und geübte Bettbehandlung der Geisteskranken redet N. in begeisterter Weise das Wort. „Die Bettruhe ist das souveräne Mittel zur Bekämpfung der psychischen Erregungsgegenstände! Die Bettbehandlung aller aufgeregten Geisteskranken verschafft der Irrenanstalt erst vollends den Werth und auch äusserlich das Ansehen eines Krankenhauses, das sie sein soll und will! Sie bietet für alle frisch Erkrankten und alle Aufgeregten denselben Segen, wie andererseits für alle chronischen und ruhigen Kranken die Beschäftigung und die Bewegungsfreiheit.“

Ref. kann jedem dieser Worte nur voll beipflichten. In Allenberg wird die Bettbehandlung der (geeigneten) Geisteskranken seit vielen Jahren in ausgedehntester Weise (und mit sichtlichem Erfolge) geübt, so dass regelmässig mindestens 20 % der Kranken zu Bett liegen. (In Leubus sogar über 50 %, aber Leubus ist reine Heilanstalt, Allenberg dagegen Heil- und Pflegeanstalt). Alle frisch Aufgenommenen werden zu Bett gelegt und bleiben darin entweder bis zur beginnenden Reconvalescenz, oder bis die Bettlage keine sichtlichen Fortschritte mehr zeitigt resp. verspricht. Ausserdem werden in Allenberg seit Jahren die Kranken bei intercurrenten oder periodischen Erregungszuständen, bei melancholischer Depression oder wenn der gleichmässige Zustand sich irgendwie verschlechtert, sofort ins Bett gebracht. Das Bett ist das beste Beruhigungsmittel; es verschafft dem kranken Gehirn die so nothwendige Ruhe; es macht die Zelle in den meisten Fällen, Narkotika während des Tages ganz, in der Nacht auch meistentheils überflüssig; irgendwelche Beschränkungsmittel sind selbstverständlich ganz ausgeschlossen. Man begegnet gewöhnlich bei Irrenärzten, welche die Bettbehandlung nicht kennen, dem Erstaunen, wie es möglich ist, und dem Zweifel, ob es auch gelingt, maniakalisch oder ängstlich erregte Kranke im Bett zu halten. Diesen kann man nur die Thatsachen entgegenhalten, dass es ohne Schwierigkeit in allen oder beinahe allen Fällen gelingt; Thatsachen gegenüber aber ist ein Zweifel unberechtigt.

Ueber die Indicationen zur Bettbehandlung, soweit sie nicht hier schon besprochen sind, über die Technik und Erfolge derselben, ist auf das Original zu verweisen. Was die letzteren anbetrifft, so kann Ref. nur seine Uebereinstimmung mit dem allgemeinen Urtheil des Verf. erklären, dass die Bettbehandlung der Geisteskranken einen leichteren Verlauf der Psychosen und

der intercurrenten maniakalischen und depressorischen Erregungszustände herbeiführt. Hoppe (Allenberg).

---

145) **E. Morselli** (Genua). Sulla fossetta vermiana nei primati (Ueber Hinterhauptsgrube bei den Primaten).

(Lombroso's Arch. di Psichiatria etc. XI, 3—6.)

Morselli legt seiner Abhandlung die Untersuchung von 70 Affenschädeln zu Grunde, von denen vier von anthropomorphen Affen, die übrigen von Cebiden und Pitheciden herstammten. Er kann Albrecht nicht beipflichten, der behauptet, dass alle Affen-Arten mit Ausnahme der drei grossen anthropoiden die fossa vermis besässen. Nicht nur findet sich die mittlere Hinterhauptsgrube auch beim Gorilla und Orang, sondern sie kann auch gelegentlich beim Gibbon und anderen katarrhinen Affen fehlen. Immerhin muss man daran festhalten, dass die fossa vermis als eine morphologische Eigenthümlichkeit der niederen Säuger betrachtet werden muss und immer seltener und undeutlicher bei den Primaten wird, je mehr sich diese dem menschlichen Typus nähern; beim Menschen selbst ist sie durch ihre Seltenheit eine absolute Anomalie. Ordnet man die Säugethier-Ordnungen nach dem Auftreten der mittleren Hinterhauptsgrube serienweise an, so erhält man folgende Anordnung:

1) *Constantes Vorkommen*, und deshalb normale Bedeutung der f. v.: Monotremen, Marsupialia, Ungulaten, Pinnipedier, Proboscideen, Carnivoren, Insectivoren, Nager, Chiropteren.

2) *Wahrscheinlich immer constantes Vorkommen.* Platyrrhine Affen, und die Familie der Cercopitheken unter den Catarrhinen-Affen.

3) *Constant mit wenigen Ausnahmen.* Unterfamilien der Semnopitheken und Cynocephaliden.

4) *Gewöhnlich vorhanden, aber mit zahlreichen Ausnahmen* in der Unterfamilie der Hylobatidae.

5) *Meist fehlend, aber mit zahlreichen Ausnahmen:* Gorilla, Chimpanse, Orang, tiefstehende Menschenrassen, degenerirte Individuen höherer Rasse (Irre, Idioten, Verbrecher).

6) *Immer fehlend, bis auf seltene anomale Fälle*, Menschen von höherer Rasse.

Während sich der anthropoide Typus im Gehirn durch ein fortschreitendes Verschwinden der inferioren morphologischen Merkmale ausspricht, muss die Abnahme des Kleinhirnwurms und seiner Einwirkung auf die Innenfläche des Schädels schon bei den grossen anthropomorphen Affen der Gattungen Simia und Troglodytes beginnen, und sich in den Rassen und Unterarten des Genus Homo allmälig von unten bis in die höheren Formen steigern.

S. Ottolenghi.

---

146) **Penta.** Le anomalie nei Criminali. (Anomalieen bei Verbrechern.)

(Lombroso's Archiv. XI. 3—4.)

Verf. hat bei 400 in den italienischen „bagni" internirten Verbrechern, somit bei solchen, welche die allerschwersten Verbrechen begangen haben, eine Fülle von Anomalieen gefunden, von denen wir hier nur die wesentlichsten wiedergeben. — Ohne alle Anomalieen waren 3 %, mehr als 3 Anomalieen fanden sich bei 94 %; Plagiocephalie bei 32 %, maxillare

Prognathie bei 49 %. — Grosse, vorspringende Os. zygomat. 37 %, grosser Unterkiefer 29 %, abnorm grosse Stirnhöhlen 30 %, vorspringende Augenbrauenbogen 21 %, voluminöses Kinn 27 %, enge und niedrige Stirn 19 %, zurückliegende Stirn 22 %, Ungleichheit der Ohrmuscheln 24 %, Henkelohren 31 %, pithecoide Ohrform 56 %, enganliegende Ohren 3 %, Ohren mit Darwinschem Knötchen 41 %, Hemiatrophie des Gesichts 18 %, Gesichtsasymmetrie 19 %, Anomalieen der Zahnstellung 12 %, der Genitalien 11 %, Asymmetrie der Lippeninnervation 12 %.

Im Gehirn fand P. je einmal: Aeusserste Kleinheit der lobi frontales, hochgradige Atrophie der Olfactorii, Verdoppelung der hinteren Centralwindung, eine vierte Stirnwindung, Atrophie der hinteren Centralwindung, einseitiges Fehlen des Sulcus Rolando, absolute Symmetrie der Windungen. In den Nieren: Ren multilobulatum, fast succenturiatum, einmal. In den Knorpeln zweimal Verwachsung fast aller Rippenknorpel von der dritten Rippe abwärts.

Nur 2 von 18 Sectionen ergaben keine Abnormitäten innerer Organe. Unter einer Gruppe von 70 Verbrechern fand sich 54 Mal Phthise, Nervenkrankheiten und Psychosen.

Die Fecundität fand sich bei 64,4 % stark herabgesetzt, bei 21,9 % stark entwickelt, normal bei 10,8 %. Ottolenghi.

---

147) **Ernst Emil Moravcsik.** Die Bedeutung der Degenerationszeichen bei der verbrecherischen Neigungen. (Gyógyászat 1891, 2 sz.)

Die Ergebnisse, zu welchen Verfasser bei Untersuchung von 336 Verbrechern (unter diesen waren 53 geisteskrank) und 300 Individuen, die keine strafbare Handlung verübten, gelangte, sind in Kurzem folgende:

1. Auf Grund sämmtlicher bisherigen Untersuchungen ist man nicht berechtigt zur Annahme eines sicher charakterisirten Verbrecher-Typus. Vorläufig kann man nur annehmen, dass das Vorkommen organischer und psychischer Degenerationserscheinungen bei Verbrechern ein häufigeres ist als bei Nichtverbrechern.

2. Die degenerirten Individuen zeigen eine grössere Neigung zur Verübung strafbarer Handlungen.

3. Mit der grösseren Anzahl von Degenerationszeichen pflegt in der Mehrzahl der Fälle ein abnormer psychischer Zustand zu coincidiren.

4. Der Hauptantheil von Verbrechen wird durch Geisteskranke (nach den Angaben des Verfassers 15,76 %) und geistig beschränkte, auf einer niedrigen Bildungsstufe stehende Individuen (18,45 %) verübt.

5. Bei einer genügend grossen Zahl von Individuen, die mit dem Strafgesetz in Collision gerathen (33,33 %) ist hereditäre Belastung nachweisbar.

6. Functionelle Störungen, wie Pupillendifferenz und Tremor in den Händen und in der Zunge können auch ohne Einwirkung giftiger Noxen (Alcohol, Nicotin u. s. f.) und ohne nachweisbare Veränderungen im Nervensystem bestehen. Ostermayer (Budapest).

---

148) Dr. **Pierre Hospital**: Hystériques infanticides.
(Ann. méd.-psych. Sept.-Oct. 1890.)

Verfasser bringt 2 Beobachtungen als Beitrag dafür, dass Hysterische, ausser sich selbst, auch für andere eine nicht ausser Acht zu lassende Gefahr sein können, besonders dann, wenn psychische Verwirrungszustände im Krankheitsbild prädominiren.

Eine Frau, die ausser anderen hysterischen Symptomen schon in ihrer Jugend durch ihr excentrisches Wesen aufgefallen war und nach ihrer Verheirathung häufig Wuthparoxismen gehabt und unsinnige und verwirrte Handlungen begangen, ertränkte in einem derartigen Zustande von Verwirrtheit ihre drei Kinder. Am nächsten Tage, ohne Erinnerung an das Geschehene, fragt sie nach ihren Kindern und beschuldigt ihren Mann, sie umgebracht zu haben.

Eine andere Person hatte in einem hysterischen Anfalle, der von krankhaften Muskelcontractionen begleitet war, ihr Kind unter dem Arme erwürgt. Auch hier völlig unbewusst, und nach dem Erwachen keine Erinnerung an das Vorgefallene. Lehmann (Dalldorf).

---

149) **Schuchardt** (Sachsenberg): Zur krankhaften Erscheinung des Geschlechtssinnes. (Sep.-Abdr. aus Heft 6, Juni 1890, d. Zeitschr. f. Medicinalbeamte.)

Drei Fälle von der Form krankhafter Sexualempfindung, welche als Exhibition, d. h. Schaustellung der Geschlechtstheile zuerst von Lasègue beschrieben worden ist, werden näher dargelegt zur Stütze der Forderung, dass in jedem nur zweifelhaften Falle einer Anklage wegen widernatürlichen Geschlechtsvergehens eine gerichtsärztliche Begutachtung eingeholt werde, welche ihre besondere Aufmerksamkeit auf erbliche Belastung, psychische Degeneration (ethischen und intellectuellen Schwachsinn), besonders aber auf die Frage zu richten habe, ob nicht der Epilepsie ähnliche Erscheinungen vorhanden sind.

1) 57jähriger lediger Mann, Verkäufer in einem grossen Geschäft, wurde angeklagt, zu wiederholten Malen mit Kindern unzüchtige Handlungen vorgenommen zu haben, die lediglich darin bestanden, dass er seine Geschlechtstheile vor den Kindern entblösste oder vor ihren Augen urinirte; nur ein Mal hatte er ein kleines Mädchen abgeküsst. — Ungefähr 20 Jahre vorher hatte der Angeklagte eine schwere geistige Störung durchgemacht von circa 2 Jahre Dauer, während welcher ein apoplektischer Anfall stattgefunden haben soll. Kurz darauf verlor er sein ganzes Vermögen durch unglückliche Speculationen und ergab sich von nun an dem Trunke. — Stat. praes.: Rechte Pupille erweitert, Tremor der Zunge und der ausgestreckten Hände; Arteriosklerose, Phimose. Geistig: ausgesprochener, ziemlich weit vorgeschrittener Schwachsinn. Auf das Gutachten hin, welches die Exhibition als Ausfluss Jahre lang bestehender geistiger Erkrankung, hier speciell der Demenz nachwies, wurde der Angeklagte freigesprochen.

2) 78jähriger Seemann hatte zu wiederholten Malen in der Nähe von Kinderspielplätzen und in Gegenden, wo Schulmädchen vorbei mussten, seine Geschlechtstheile entblösst und den Kindern gezeigt. — Der Angeklagte hatte vor 12 Jahren durch einen Sturz eine schwere Kopfverletzung erlitten, an der er mehrere Monate krankte; seitdem häufig Kopfschmerzen und Benommenheit. — Stat. praes.: Ueberall vorgeschrittene Altersveränderungen,

ausgesprochene Arteriosklerose. Auf dem linken Scheitelbein eine 3 Centim. lange, 1 Centim. breite, $1^1/_2$ Centim. tiefe Knochennarbe, welche bei mässigem Druck heftige Schmerzen, Congestionen nach dem Kopf, Tremor, bei stärkerem Druck Somnolenz und zeitweilig leichte Zuckungen der o. Extremität verursacht. Geistig: die Erscheinungen seniler Demenz, Stumpfheit und Blödigkeit. Der Angeklagte wurde freigesprochen.

3) 29jähriger Subalternbeamter, in glücklicher Ehe lebend, Vater eines Kindes, hatte in der Dämmerung zu verschiedenen Malen ihm begegnenden Dienstmädchen die Geschlechtstheile gezeigt, sich auch vor einzelnen Parterrewohnungen Abends, sowie Frühmorgens aufgestellt und vor den am Fenster erscheinenden weiblichen Wesen seine Geschlechtstheile entblösst. — Sprössling einer neuropathischen Familie, leidet er seit Kindheit an starken Congestivzuständen, die sich zuweilen mit Unbesinnlichkeit und Schwindel verbinden.

Stat. praes.: Grosser, schlanker, blasser Mensch, zeigt etwas nervös hastiges in seinem Wesen. Stellt die Strafhandlungen nicht in Abrede, hat aber nur eine summarische Erinnerung daran. Während der Beobachtungszeit wurden mehrere Congestivzustände constatirt; der Blick dabei starr, Antwort auf Fragen wie im Traum. Das Gutachten legt dar, dass in solchen anfallsweise auftretenden Zuständen, welche als zur Epilepsie gehörig betrachtet werden, die perverse Geschlechtserregung sich einstellte und zwangsmässig zu den incriminirten Handlungen führte. — Der Angeklagte wurde unter Annahme mildernder Umstände verurtheilt.

Hoppe (Allenberg).

---

# III. Aus Vereins- und Gesellschafts-Verhandlungen.

## Société de médecine du Nord.

(Union médicale 1890. Nro. 120.)

150) **Curtis** führte eine Beobachtung von *amyotrophischer Lateralsclerose* an, die von der „maladie de Charcot“ abweicht. Die Unterextremitäten ohne Atrophie zeigten nur spastische Contracturen, welche den Gang unmöglich machten, gesteigerte Knie- und Achillessehnenreflexe, namentlich rechts, lebhafte Wadenspannungen auch in der Ruhe. An den Oberextremitäten dagegen fand er hochgradige Muskelatrophie, namentlich der Hände, fibrilläre Zuckungen; leichte Erscheinungen von Bulbärparalyse. C. stellt obige Diagnose, meint aber, dass man hier auch von zwei *gleichzeitigen* Läsionen sprechen könne, einer Lateralsclerose *mit* Amyotrophie.

Rohden (Oeynhausen).

---

## Société médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 10. October 1890. (Union médicale 1890. Nro. 121.)

151) **Debove** theilt einen Fall von *Hysterie* beim Manne mit, bei welchem Zuckungen bestanden, die anfänglich die Diagnose Chorea veranlassten. Erst

das Vorhandensein schmerzhafter Zonen, welche den Ovarialregionen der Weiber entsprachen, forderte heraus, Anaesthesien zu suchen. Nachdem sich anaesthesia pharyngea gefunden, wurden die choreiformen Bewegungen durch energische Compression der beiden schmerzhaften Zonen beseitigt. Eine Erschwerung der Sprache verschwand ebenso. Rendu, Charcot und Pitres hätten bereits auf die Aehnlichkeit des Tremors mit dem bei der disseminirten Sclerose und der Paralysis agitans hingewiesen.

Sitzung vom 24. October 1890. (Union médicale 1890. Nro. 128.)

152) **Chantemesse** führt drei *Hysterische mit Paresen der unteren Facialiszweige vor.* Gleichzeitig finden sich Monoplegia brachialis derselben Seite, Sensibilitätsstörungen und Störungen der intellectuellen Fähigkeiten, namentlich des Gedächtnisses. Feré weist darauf hin, dass in diesen nicht seltenen Fällen auch leichte Störungen der Zungenmotilität meist vorhanden sind.

Sitzung vom 7. November 1890. (Union médicale 1890. Nr. 134.)

153) **Dieulafoy** präsentirt einen Kranken mit tic spasmodique des Gaumensegels und des Zäpfchens. Fast isochron mit dem Puls, oft verdoppelt, „schlagen" diese Theile seit zwei Jahren. Ein Aneurysma ist nicht vorhanden. Die Erscheinung gleicht genau dem klonischen Krampf des Augenlides beim Blepharospasmus. Der nicht hysterische Kranke, der gut sprechen und schlucken kann, klagt nur über eine Unbequemlichkeit durch die unaufhörliche Bewegung des Zapfens und des velums. Vielleicht ist eine Taenia, die der Kranke beherbergt, die Ursache des Leidens.

Rohden (Oeynhausen).

---

## IV. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken N. J. Pirogow's.

### Section für Nervenkrankheiten und Psychiatrie.

Sitzung am 5./17. Januar 1891. (Auszug aus dem Tageblatte.)

154) Dr. **Darschkewitsch.** Ueber Muskelatrophie bei Gelenkleiden.

*Thesen*[1]*:* 1) Die Muskelatrophie bei Gelenkleiden tritt in zwei, in klinischer sowohl, als auch in pathologisch-anatomischer Beziehung von einander verschiedenen Formen auf.

2) Die erste, häufigere Form zeichnet sich durch Erhaltensein oder einfache Herabsetzung der galvanischen und der faradischen Erregbarkeit der afficirten Muskeln aus; das Rückenmark und die peripheren Nerven weisen keine groben anatomischen Veränderungen auf, die ergriffenen Muskeln zeigen einfache Atrophie.

3) Bei der zweiten, viel seltener vorkommenden Form zeigen die afficirten Muskeln EaR., die mikroskopische Untersuchung erweist deutliche Veränderung der Nervenzellen des Rückenmarks und in den Fasern der peripheren Nerven.

---

[1]) Diese Congresse haben die löbliche Gewohnheit, einen Monat vor ihrem Zusammentreten allen Mitgliedern der Gesellschaft eine gedruckte Zusammenstellung von Thesen aller zum Vortrage kommenden Mittheilungen zuzuschicken, womit ein doppelter Gewinn erreicht wird — 1) die Vereinsmitglieder können sich zu einer etwaigen Discussion vorbereiten und 2) werden, wenn der Vortrag zu lang ist, nur die Schlussfolgerungen vorgelesen oder vorgetragen. Meiner Ansicht ist dieses eine sehr beachtenswerthe Einrichtung. Ref.

4) Hinsichtlich der Pathogenese dieser Muskelatrophien muss wenigstens für die erste Form die sogen. Reflextheorie angezogen werden.

155) Dr. **Muratew.** Zur Frage von der Pathogenese der Muskelatrophien bei Gehirnerkrankungen.

*Thesen:* 1) Es kann bei Gehirnleiden sich Muskelatrophie ohne Veränderungen in den Spinalganglien entwickeln.

2) Die absteigende Sclerose der Pyramidenbahn ist keine conditio sine qua non zur Bildung von Muskelatrophien.

3) Die bis jetzt bekannten anatomischen Daten lassen keine bestimmte, bedingungslos die Muskelatrophie hervorrufende Localisation zu, in der Mehrzahl der Fälle waren entweder die motorische Region oder die motorischen Bahnen lädirt.

4) Klinisch muss eine acute und eine chronische Form dieser Art von Muskelatrophie unterschieden werden; die erste Form ist heilbar, wenn es die Grunderkrankung ist.

5) Die Muskeln zeigen einfache Atrophie.

6) Die Annahme anatomischer oder dynamischer Veränderungen in den Zellen der Vorderhörner erklärt nicht in genügender Weise die Pathogenese der cerebralen Amyotrophie, eher wird diese durch die Voraussetzung vasomotorischer Veränderungen bis zu einem gewissen Grade erklärt.

156) Prof. **Koshewnikow.** Ueber Alkoholparalyse.

*Thesen:* 1) Anatomische Veränderungen finden sich bei der alkoholischen Lähmung in Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven, die schwersten davon in letzteren in Form von Polyneuritis parenchymatosa, welche meist der Waller'schen Degeneration gleicht, zuweilen aber auch als Neuritis periaxillaris (Gembault) auftritt.

2) Die Veränderungen im Rückenmark sind nicht immer vorhanden und in verschiedenen Fällen von einander verschieden; bald sind es parenchymatöse Veränderungen (Vacuolenbildung in den Zellen, Quellen der Axencylinder), bald interstitielle in Form einer nicht allzu starken diffusen Myelitis.

3) Am Gehirn leidet meist dessen Rinde in derselben Art wie überhaupt beim chronischen Alkoholismus, und in verschiedenem Grade.

4) Die Veränderungen am Gehirn, Rückenmark und den peripheren Nerven stellen selbständige Erkrankungen dar und sind von einander unabhängig, aber entspringen gewöhnlich einer und derselben Ursache — dem Alkoholismus.

5) Das anatomische Substrat der unter dem Namen alkoholischer Lähmung bekannten klinischen Form bildet die multiple Neuritis; der Grad und die Gefährlichkeit der Affection hängt von der Stärke und der Ausbreitung dieser Neuritis und vom Grade der Affection anderer Organe, besonders des Herzens ab.

Sitzung vom 7./19. Januar 1891.

157) Dr. **Korssakow.** Zur Frage von den acuten Formen des Irreseins.

Dr. **Sserbski.** Ueber die acuten Formen des Irreseins.

Beide Vorträge sollen ausführlich in dem Medizinskoje Obosrenie abgedruckt werden, worüber rechtzeitig berichtet werden soll. (Ref.)

158) Dr. **Greidenberg.** Ueber den wiederkehrenden Typus einiger acuter Formen des Irreseins (recurrirende Psychosen).

Einige Formen des acuten Irreseins zeigen zuweilen einen recurrirenden Typus, d. h. bestehen aus einzelnen, meistentheils drei, ausnahmsweise fünf Anfällen, welche durch normale Intervalle von einander getrennt sind. Am häufigsten werden solche Formen bei acuter Manie und acuter Paranoia beobachtet; es bleibt aber noch un-

entschieden, ob sie eine Varietät dieser Psychosen oder eine besondere von Geisteskrankheit — *Mania recurrens*, *Paranoia recurrens* — darstellen; es fehlen aber zur Entscheidung dieser Frage noch die nöthigen klinischen Thatsachen; der Ausgang ist meist der in Heilung.

159) Dr. **Beljakow.** Ueber den Einfluss von Erkrankungen des Gehörorgans auf die Entwicklung und den Verlauf von Geisteskrankheiten.

*Thesen:* 1) Gehörsaffectionen dienen nicht selten als Ausgangspunkt für psychische Störungen.

2) Einseitige Gehörshallucinationen sind am häufigsten das Resultat der Reizung der peripheren Gehörsbahn.

3) Das Auftreten von Sinnestäuschungen bei der Complication einer Psychose mit Erkrankung des mittlern oder innern Ohres wird nur bei denjenigen Kranken beobachtet, bei denen die psychische Thätigkeit und die Apperception noch nicht erloschen sind; apathische Schwachsinnige reagiren nicht auf Reizung peripherer sensibler Bahnen.

4) Der Charakter der Sinnestäuschungen peripheren Ursprungs dient bis zu einem gewissen Grade als Signatur des Allgemeinbefindens der Geisteskranken.

5) Epilepsia procursiva kann von einer Affection des Labyrinths abhängen.

6) Reizung des Gehörorgans durch Entzündungsproducte kann das Bild des pseudoparalytischen Irreseins hervorrufen.

160) Prof. **Ssikorski.** Ueber das Auftreten von Hemiparesen bei der Epilepsie.

Die Asymmetria fronto-labialis ist nicht, wie man früher annahm, ein charakteristisches Zeichen der Epileptiker, sondern kommt bei allen Degenerirten vor. Féré hat auf die Hemiparese als ein sicheres Zeichen der Epilepsie hingewiesen, Vortragender hält die Gesichtshemiparese für wichtiger und giebt zwei Symptome zur Diagnose dieser halbseitigen Gesichtslähmung an: das weitere Offenstehen der Lidspalte und die geringere Weite der gleichseitigen Nasenöffnung; wichtig sei dabei, dass bei unwillkürlichen mimischen Bewegungen, wie Weinen, Lachen, die in Ruhelage paretische Gesichtshälfte sich stärker contrahirt, als die gesunde. Der Vortragende hat dieses Symptom in 60—75 % seiner Fälle gesehen.

Dr. **Ssawwei-Mogilewitsch.** Weshalb und durch wen sollen Geisteskranke in Irrenanstalten untergebracht werden?

Sitzung vom 8./20. Januar 1891.

161) Dr. **Minor.** Zur Lehre von den symmetrischen und pseudosymmetrischen Erkrankungen des Rückenmarks.

*Thesen:* 1) Als ein beweiskräftiges Symptom einer Systemerkrankung des Rückenmarks wird die Symmetrie der Affection angesehen.

2) Dieses Symptom kann aber nicht als ein absolutes angesehen werden, da es auch bei einfacher Meningitis und perivasculären Processen, also bei solchen Erkrankungen vorkommt, welche diffus vorkommen und eine Neigung haben, sich nicht allein dort zu localisiren, wo sich Systemerkrankungen entwickeln, d. h. in der Hinterhälfte des Rückenmarks, sondern häufig in einzelnen symmetrischen Heerden auftreten.

3) Diese Heerde haben häufig in den Seitensträngen eine geringe Ausdehnung längs des Rückenmarks und setzen von sich aus absteigende Degenerationen in den Pyramidenbahnen, welche bei nicht gehöriger Aufmerksamkeit für primäre Sklerosen gehalten werden können.

4) In den Hintersträngen bieten sich zuweilen Bilder dar, welche eine derartige

Aehnlichkeit mit einigen dergleichen tabischen haben, dass sie leicht mit echt tabischen verwechselt werden können.

5) Da nun solche symmetrische Sklerosen äusserst häufig, wie es scheint, bei Syphilis des Nervensystems (vielleicht auch bei Alkoholismus) vorkommen und hierbei auch Symptome von Seiten der Augen, als selbständige Erkrankung, auftreten können, so taucht unwillkürlich der Gedanke auf, dass bei gewesenen Syphilitikern tabes-ähnliche Symptome vorkommen können, wo dann die Affection des Rückenmarks keine primär parenchymatöse, sondern nur eine symmetrische perivasculäre ist.

6) Bei Syphilis des Nervensystems werden solche degenerative Neuritiden beobachtet, welche denen, bei Tabes, Alkoholismus und anderen toxischen Erkrankungen des Nervensystems vorkommenden äusserst ähnlich sind.

7) Die syphilitische, vielleicht aber auch jede andere Meningitis übt offenbar einen mächtigen Einfluss auf die Ernährung des Rückenmarks nicht allein durch ihre Verbreitung auf die Substanz des Organs selbst, sondern auch rein mechanisch durch Druck und mehr oder weniger hochgradige Deformation des Rückenmarks aus.

8) Diese Deformation kann in den mehr freiliegenden und feineren Stellen des Rückenmarks, z. B. im Gebiete des conus medullaris, zu einer vollständigen Knickung des Organs in seiner Längsaxe führen und damit eine seltene Anomalie des Rückenmarks, seine Spaltung vortäuschen.

Dr. **Epow.** Bau und Eigenschaften des Axencylinders, des Axilemmas und der Markhülle, ihre gegenseitigen Beziehungen, die Bedeutung der Markhülle, die Remak'schen Fasern.

Dr. **Tokarski** verlas die Schlussfolgerungen seines Vortrages: Die therapeutische Anwendung des Hypnotismus.

Wird als besonderes Referat erscheinen.

Dr. **Orschanski.** Ueber die Rolle der Individualität in der Entwicklung von Geisteskrankheiten.

Hinze.

NB. Eine eingehendere Besprechung kann erst nach dem Erscheinen der „Arbeiten" des Congresses stattfinden, da die Mittheilungen im Tageblatte zu kurz sind.

---

# IV. Kleinere Mittheilungen.

162) — **Schluckbewegung und Pulsfrequenz.** Wertheimer und Meyer veröffentlichen in Nro. 2 (1890) des Arch. d. physiol. norm. et path. Versuchsergebnisse, die den Einfluſs der Schluckbewegung auf die Herzthätigkeit näher behandeln. Eigenthümlicher Weise fanden sie eine Pulsverlangsamung während des Schluckens beim Hunde, eine Pulsbeschleunigung beim Menschen; erstere erinnert an den Effect der Vagusreizung und soll nach den Verff. bedingt sein durch eine beim Schlucken durch Irradiation vom Schluckcentrum in der Medulla obl. auf das Athemcentrum gesetzte Hemmung, welche letztere ihrerseits eine gesteigerte Innervation des Vagus bedingt. Beim Menschen dagegen soll vom Schluckcentrum aus durch Irradiation ein Hemmungsimpuls direct auf das Vaguscentrum übergehen.

163) — **Beri-beri in Nord-Amerika.** — Im „Boston Medical and Surgical Journal" (13. Nov. 1890) berichtet Dr. W. S. Birge über sieben Fälle von Beri-beri unter

den, von den Neufundland-Bänken heimkehrenden Fischern gegen Ende des Jahres 1889. Diese Krankheit entwickelt sich nicht oft so hoch im Norden; unzweifelhaft war sie in diesem Falle durch mangelhafte Nahrung bedingt, da der Fleischvorrath sehr gering und dabei das Fleisch selbst noch schlechter als gewöhnlich war. Kälte und Feuchtigkeit, die an den Neufundland-Bänken immer vorhanden sind, haben nach B. dazu beigetragen, um die Entwicklung der Krankheit in einem geschwächten und durch ungesunde Nahrung, der es an stickstoffhaltigen Substanzen fehlte, anämisch gemachten Organismus zu befördern. Fischfänge fanden in unregelmässigen Intervallen statt, so dass frische Fische nur selten genossen wurden. Die Patienten waren alle starke Männer von kräftigem Körperbau, ohne Spuren von früheren constitutionellen Störungen. Die hervorstechenden Symptome waren bei allen: allgemeines Ödem, Dyspnöe mit Praecordial-Druck, Dumpfheitsgefühl der unteren Extremitäten, ein eigenthümlich schwankender Gang und Unfähigkeit, das Bein bei flectirtem Unterschenkel zu heben. In drei Fällen fand sich Milztumor.

164) — **Ein photographischer Atlas** der Patholog. Anatomie des Rückenmarks, herausgegeben von P. Blocq, Prosector der Salpêtrière, und A. Londe, Chef der photographischen Station der Charcot'schen Klinik an diesem Hospital, erscheint demnächst bei Masson in Paris.

Die bisher erschienenen Lieferungen bringen eine Reihe meisterhafter Heliogravüren; auch hier zeigt sich jedoch, dass starke Vergrösserungen sehr schwer interpretirbare Bilder ergeben, während die bei 8—12facher Vergrösserung gegebenen Rückenmarksquerschnitte unvergleichlich objective klare Anschauung vermitteln. Gegenüber dieser Publication muss man es bedauern, dass wir noch keinen photographischen Atlas von Hirnschnitten für die normale Anatomie besitzen; damit würde das autodidaktische Studium der Hirnanatomie, auf das die Majorität der Irrenanstalts-Aerzte doch in der Regel hingewiesen ist, ausserordentlich erleichtert werden.

165) — **Verbrecherische Irre im Staat New-York.** Der Legislatur des Staates N.-Y. ist eine Vorlage zugegangen, wonach bei Freisprechung eines wegen eines capitalen Vergehens Angeklagten auf Grund von Geistesstörung diese Geistesstörung für dauernd gelten soll; der Gerichtshof, vor dem die Freisprechung stattfand, soll die Internirung des Freigesprochenen in der staatlichen Irrenanstalt anordnen für die Dauer von wenigstens 10, höchstens 20 Jahren, so lange bis die Gesundheit desselben in der gesetzlich vorgeschriebenen Form bewiesen ist.

166) — **Ueber einige Störungen des Schlafes** von Weir. Mitchell (Transact. Amer. Phil. Assoc. 1890. (Referirt nach dem Medic. Chronicle, Januar 1891.)

Verf. beschäftigt sich mit den Phänomenen, die in dem Uebergangsstadium zwischen Wachen und Schlafen auftreten, und zwar vor dem Einschlafen und nach dem Erwachen, oder, um die Worte des Verf. zu gebrauchen, im prae- und postdormitium. Zuerst bespricht er die Beziehungen des Praedormitiums zur Geistesstörung. Auf der Grenze zwischen Wachen und Schlafen stellen sich auch bei ganz gesunden Menschen Visionen, Phantasiebilder ein, bei beginnenden Geisteskrankheiten jedoch ist dies das Stadium, wo am leichtesten Hallucinationen auftreten, und deshalb von prognostischer Bedeutung. Die Sinnestäuschungen treten bei Beginn der Geistesstörung am häufigsten in der Form von Gehörs- und Gesichtshallucinationen auf. Manchmal treten im Praedormitium ganz plötzlich und ohne bestimmte Ursache Angstgefühle von verschiedener Dauer auf. —

Schlaflähmung ist eine wohlbekannte Form von Störung des Schlafs. Sie kann lokal und vorübergehend auftreten, als schwaches Prickeln in den Fingern,

dem Beine oder der einen Körperhälfte, oder intensiv in der Form von Parese oder Schwächung der Berührungs- und Schmerzempfindung. In anderen Fällen kann sie als beängstigende Monoplegie oder Hemiplegie von der Dauer einiger Minuten bis zu der ganzer Stunden auftreten. Endlich kann sie sich auf den ganzen Körper erstrecken (Alpdrücken), was aber immer eine weniger ernste Erscheinung ist, als die hemiplegische und monoplegische Form.

Bei Schlaf-Ptosis erwacht der Patient mit gelähmten Augenlidern, — entweder kann er die Augen nicht willkürlich aufmachen, oder die Lider fallen sofort nach dem Oeffnen wieder zu. Dieser Zustand kann mehrere Minuten oder noch länger dauern, und wenn der Patient wieder einschläft, kann er sich beim Wiedererwachen in demselben Zustand befinden. *Schmerzen* treten in manchen Fällen nur Nachts auf; sie sind dann von verschiedener Stärke, oft sehr intensiv; Körperbewegung während des Tages hat in diesen Fällen oft guten Erfolg.

*Sensitiver Shock* tritt niemals beim Erwachen, sehr häufig dagegen im Praedormitium auf, bald als ein Schlag oder Ruck, als wenn man plötzlich in einer Bewegung gehemmt würde, oder als ob einem ein Bolzen durch den Kopf jagte, bald, auf dem Gebiete des Gehörs, als Knall oder sonst irgend ein starker Laut; bald als ein plötzlicher Lichtstrahl, oder eine Geruchsempfindung, bald als plötzliches Angstgefühl, das dem sensitiven Shock vorausgeht, oder ihn begleitet. Manchmal geht eine Art Aura dem Shock voraus, und dann kann man diesen vermeiden, indem man sich auf die andere Seite dreht, sich aufrichtet, oder auch bloss die Augen öffnet. Diese Anfälle erinnern in gewisser Hinsicht an Epilepsie.

*Zusammenfahren* im Schlaf, starkes Zucken in den Muskeln der Extremitäten, oder auch im ganzen Körper, kommt des Nachts nicht selten vor und weckt den Schlafenden. Bei Kindern, selbst bei ganz gesunden, beobachtet man häufig motorische Schlafstörungen; sie wenden sich und drehen sich, liegen unruhig, wachen aber in der Regel dabei nicht auf. Einige Fälle sind mitgetheilt worden, in denen bei dem Erwachen temporäre Chorea auftrat.

*Tonische Spasmen* während des Schlafs sind selten; sie treten als Rigidität der Muskeln auf, die sich während des Schlafs entwickelt und einige Zeit nach dem Erwachen noch andauert.

*Respirationsstörungen* während des Schlafs können auftreten, wenn die Respiration abnorm fungirt. Im wachen Zustand kann der Wille die mangelnde automatische Thätigkeit ersetzen, im Schlaf tritt dann aber eine gradweise Schwächung der Respiration ein, so dass der Patient mit dem Gefühl erwacht, als müsste er ersticken. Im Original werden für alle diese Störungen zahlreiche Beispiele angeführt.

Kurella.

---

# V. Tagesgeschichte.

— Dr. J. Salgó, Primararzt an der k. ung. Landesirrenanstalt im Leopoldsfeld hat sich zum Privatdocenten für klinische Psychiatrie an der k. ung. Universität zu Budapest habilitirt. — O.

— **Aus Württemberg.** — Im vorigen Jahre ging die von Dr. C. Koch in Laichingen gegründete, später von Dr. Majer übernommene und neu eingerichtete Privatirrenanstalt auf Dr. Löbell über. — In dem früheren Kloster

Weissenau bei Ravensburg werden zur Zeit 40 Geisteskranke verpflegt. Ihre Behandlung leitet der Physikus zu Ravensburg, Medicinalrath Dr. Müller. Am 1. October 1892 soll der Umbau des Klosters vollendet sein und die neue Staatsirrenanstalt zunächst mit 250 Kranken eröffnet werden. Director und Oekonomieverwalter sollen, um bei der Einrichtung der Räume mitwirken zu können, schon etwas früher angestellt werden. — Ebenfalls im Jahre 1892 soll eine mit der Staatsirrenanstalt Schussenried verbundene, zunächst auf 30 männliche Kranke berechnete landwirthschaftliche Kolonie eröffnet werden. — K..h.

— **Paris.** Der Abg. Reinach hat einen Gesetzvorschlag über die Geisteskranken eingebracht. Schon Gambetta hatte 1869 beantragt, das Gesetz v. J. 1838 abzuändern. Nachdem der Senat 5 Jahre über ein diesbezügliches Gesetz berathen, hatte er dasselbe 1887 endlich angenommen. Die vorige Kammer hatte es aber 1889 vor Ablauf der Legislaturperiode nicht mehr erledigt. Die Neuregelung der Angelegenheit wird schon längst allgemein als dringlich erkannt.

— Anlässlich des Processes Bompart-Eyraud, der durch alle Zeitungen gegangen ist und desshalb hinreichend bekannt sein dürfte, ist es zwischen den Vertretern der Schule von Nancy und Paris zu heftigen Debatten gekommen, deren Inhalt hier in Kurzem wiedergegeben werden soll. Der Thatbestand des Verbrechens soll vorher noch einmal kurz resumirt werden: Gabriele Bompart und der Abenteurer Eyraud haben den Huissier Gouffé in ihre Wohnung gelockt, ihn dort ermordet, die Leiche in einen Koffer gepackt und sie zwei Tage nach der That in eine Schlucht bei Millery geworfen. Dann sind sie nach Amerika geflohen, und einige Zeit darauf hatte sich Gabriele Bompart freiwillig den Gerichten gestellt, und mit vollkommener Gleichgültigkeit, ohne eine Spur von Reue zu zeigen, ein Geständniss ihrer That abgelegt. Während der Process schwebte, bemerkte Dr. Bernheim in der Revue de l'hypnotisme, dass dieses Mädchen, — das er übrigens nie gesehen hatte, — die That im hypnotischen Schlaf auf Befehl ihres Hypnotiseurs, des Mitschuldigen Eyraud, begangen habe. Die Schule von Nancy vertritt bekanntlich die Theorie von dem weittragenden Einfluss der Suggestion, und hat schon mehrfach die Behauptung aufgestellt, dass im Zustande der Hypnose begangene Verbrechen verhältnissmässig häufig vorkommen. Sie weicht in diesem Punkte ganz bedeutend von der Pariser Schule ab, welche an diese Tragweite der Suggestion über das Laboratorium hinaus nicht glaubt, da sich, weil ihrer Ansicht nach alle Hypnotisirte hysterische oder neuropathisch veranlagte Individuen sind, wenn die Suggestion sich auf eine längere Zeit erstreckt, im Augenblick der That ein hysterischer Anfall einstellt und an der Ausführung derselben hindert. Die Schule von Nancy hatte nun bisher für ihre forenesische Theorie nicht einen einzigen gültigen Beweis beibringen können, indem alle angeführten Fälle zweifelhafter Natur waren, daher der Eifer, mit dem sie sich der Affaire Bompart bemächtigten. Allerdings ist die Bompart früher mehrere Male Gegenstand erfolgreicher hypnotischer Versuche gewesen, wie sie selbst angiebt, andererseits aber ist es, ebenfalls nach ihren eigenen Angaben, ihrem Mitschuldigen Eyraud niemals gelungen, einen Zustand der Hypnose bei ihr hervorzurufen. Gegen die Annahme der Nancyer Schule spricht ferner der Umstand, dass, wie aus den Einzelheiten des Verbrechens hervorgeht, zwischen dem Entstehen des Planes und der Ausführung desselben ein beträchtlicher Zeitraum und ein nochmaliger Wohnungswechsel der Angeklagten gelegen hat. — Im Laufe der Verhandlung, bei der als Vertreter der Nancy'schen Schule, Liégeois zugegen war, kam auch der Umstand zur Sprache, dass der Bompart früher einmal durch Dr. Sacreste im hypnotischen Zustande ein ehrbarerer Lebens-

wandel suggerirt worden war, bei welcher Gelegenheit von den Gegnern der Nancyer Schule darauf hingewiesen wurde, die Bompart zeige, wieviel derartige Suggestionen nützten. Nach einer heftigen Debatte zwischen Liégeois und Brouardel, dem Vertreter der Charcot'schen Schule, entschied sich der Gerichtshof gegen die Theorie von Liégeois, dass die Bompart im Zustand von Hypnose diesen Mord begangen habe. Kurella.

## Nekrolog.

— Am letzten Tage des vorigen Jahres ist der Nestor der französischen Psychiater, J. G. F. Baillager, in Paris gestorben. 1806 geboren (in Montbazon), widmete er sich von vornherein der Psychiatrie und war lange Jahre erster Assistent Esquirols in Charenton, bis er 1840 an die Salpêtrière kam. B. war der bedeutendste Schüler Esquirols und hat auf allen Gebieten der Psychiatrie und auf vielen der Anatomie, Physiologie und Pathologie des Gehirns Hervorragendes geleistet. Am meisten verdankt ihm die Psychiatrie auf dem Gebiet der progressiven Paralyse, deren klinisches Bild er ebenso eingehend beobachtet hat, wie den pathologisch-anatomischen Befund. Hier seien genannt: Sur une altération du cerveau caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions de la paralysie générale. — Sclérose de la substance blanche superficielle des circonvolutions du cerveau dans la paralysie générale. — De la cause anatomique de quelques hémiplègies incomplètes observées chez les déments paralytiques (1858). Eine der letzten Arbeiten B.'s (1886) behandelt die Gewichtsverhältnisse zwischen Gross- und Kleinhirn bei Paralyse. — Von anderen pathologisch anatomischen Arbeiten nennen wir seine ausgezeichnete Doctorschrift: Du siège de quelques hémorrhagies méningées (1837), seine Arbeiten über Structur der Hirnrinde (1840), und über die Beziehung der Windungs-Entwicklung zur Intelligenz, seine noch heute lesenswerthen Untersuchungen über vorzeitige Nathverknöcherung bei Idiotenschädeln (1856). Von seinen klinischen Arbeiten sind seine Untersuchungen über circuläre Psychosen, für die er die Bezeichnung „folie à double forme" einführte, und seine grosse, klassische Arbeit über Hallucinationen (Physiologie des hallucinations et leur nature, 1842) in erster Linie zu nennen. Auch dieses Werk hat in der Unterscheidung zwischen sensoriellen und psychischen Hallucinationen die Psychiatrie um einen neuen Begriff und einen treffenden Ausdruck dafür bereichert. Letztgenanntes Werk wurde preisgekrönt von der Académie de médecine, deren Mitglied B. 1847, deren Präsident er 1878 wurde.

Baillarger wird in der Literatur viel citirt, aber noch mehr uncitirt benutzt. Er hat auf allen Gebieten der Psychiatrie fördernd gewirkt, und seine ungemein zahlreichen Abhandlungen zeugen alle von einem durchaus positiven, anatomischen wie klinischen Thatsachen gleich klar und unvoreingenommen gegenüberstehenden Geiste. Die meisten seiner Arbeiten finden sich in den von ihm in Gemeinschaft mit Longet und Cerise 1842 gegründeten Annales médico-psychologiques, in denen er, wie durch die einige Jahre später gegründete Société médico-psychologique, einen bestimmenden Einfluss auf die Entwicklung der französischen Psychiatrie ausgeübt hat.

Kurella.

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 April.** Neue Folge II. Band.


## I. Originalien.

I.

### Ueber die unter dem Namen Katatonie geschilderten Psychosen.


Von Dr. W. SERBSKY,
erstem Assistenten der psychiatrischen Klinik der Universität Moskau.


I. Die Frage nach der Selbständigkeit der Katatonie als besonderer Krankheitsform ist noch heutzutage eine offene. Kahlbaum und seine Anhänger (Hecker, Brosius, Jensen, Rebs, Rast, Neuendorff, Konrad, Kiernan, Hammond, Spitzka, Neisser u. a.) fassen unter dem einheitlichen Namen Katatonie sämmtliche Psychosen zusammen, die in ihrem Verlaufe mit irgend welchen Veränderungen am Bewegungsapparate vom allgemeinen (wenn auch weit entfernten) Charakter des Kampfes einhergehen, und bestehen ihre Grundsätze in Folgendem: a) dass die Melancholia attonita oder besser die Attonität keine selbständige Krankheit ist, sondern dass sie ein mehr oder weniger ausgeprägtes Stadium im Verlaufe eines Krankheitsprocesses bildet, welcher durch eine typische Aufeinanderfolge differenter und bestimmt charakterisirter Zustandsbilder ausgezeichnet ist; b) dass eine regelmässige Begleit- und wesentliche Theilerscheinung dieses psychischen Krankheitsbildes in Spannungsanomalien im Bereiche des willkürlichen Bewegungsapparates vom allgemeinen Charakter des Krampfes besteht, und endlich c) dass in den verschiedenen Stadien der Krankheit noch eine Reihe weiterer Symptome von mehr oder weniger pathognostischem Werthe aufzutreten pflegen, als da sind: negativistische Strebungen, Sitophobie, Mutacismus, Verbigeration, Bewegungs- und Haltungsstereotypen, religiöse Ekstase und pathetisch gefärbte Exaltation. Andere Autoren (Westphal, Tigges, Mendel, Sander, Séglas et Chaslin) hatten die Aufstellung der Katatonie als eine besondere klinische Gruppe für vollständig

überflüssig. Manche aber fassen die Melancholia attonita, Dementia acuta und Katatonie als verschiedene Formen auf und zählen letztere entweder zur Gruppe des Wahnsinns (der attonische Wahnsinn — Schüle) der Verrücktheit (Kraepelin) oder folie circulaire (Tamburini).

II. Bei der Schilderung der Katatonie geht Kahlbaum von dem Symptomencomplexe aus, welchen man gewöhnlich als Melancholia attonita (kürzer Attonität) oder als Stupor zu bezeichnen pflegt. Serbsky befasst sich deshalb eingehender mit der Würdigung dieses Symptomencomplexes.

Die Ansichten der Autoren über den Stupor divergiren schroff voneinander und lassen sich in 5 Hauptgruppen zusammenfassen: Stupor ist a) eine selbständige — sui generis — Krankheit (Georget, Delasiauve, Brierre de Boismont, Dagonet, Clouston, Ball und andere französische und englische Autoren), b) eine besondere Form der Melancholie oder ihr höchstes Entwicklungsstadium (Baillarger, Sauze, Aubanel, Marcé, Cullere, Griesinger, Spielmann, Leidesdorf u. a.), c) mit Dementia acuta identisch (Schüle, vor ihm Esquirol, Etoc Demazy), d) ein bei den verschiedensten psychischen Krankheitsformen vorkommendes Symptom (zuerst von Morel hervorgehoben) und e) ein Stadium, eine Phase eines bestimmten Krankheitsprocesses, der Katatonie. Die Ursache dieser Meinungsdifferenz ist in der mangelhaften Präcision des Begriffes von Stupor selbst zu suchen, welch' letzterer nicht ein Symptom, sondern einen Symptomencomplex bildet, dessen constituirende einzelne Symptome nicht allein variabel, sondern ihrem Wesen nach einander sogar direct entgegengesetzt sind; daher das Bestreben zu unterscheiden: anergic und delusional Stupor (Newington), Pseudostupor (Westphal), organischer, psychischer und hallucinatorischer (Schüle), ächter und äusserlicher Stupor (Binswanger). Durch das eingehende Studium einzelner Symptome, welche zusammen als Stupor aufgefasst werden, — im Bereiche des Bewusstseins, Fühlens, der vorstellenden Seiten des Seelenlebens, der sensiblen, motorischen, vasomotorischen und trophischen Functionen — gewinnt man in der That die Ueberzeugung, dass diese Symptome in verschiedenen Fällen höchst variabel und gelegentlich von direct entgegengesetztem Werthe sind. Wenn man sogar Grenzformen mit organischem Stupor (im Sinne Schüle's) an einem Endpunkt, und mit psychischem am anderen statuirt, so bleibt doch noch eine ganze Reihe von Uebergangsformen übrig; ja, selbst im Laufe eines Krankheitsprocesses hat man Gelegenheit zu sehen, dass ein als psychisch aufzufassender Zustand sich binnen kurzem dem Bilde organischen Stupors anzunähern beginnt. Ein Gesammtsymptom sämmtlicher mannigfaltiger, als Stupor einheitlich bezeichneter psychischer Zustände bildet allein der von Functionshemmung der psychomotorischen Regionen abhängige äussere Habitus, wie geringe Beweglichkeit und Gesprächigkeit bis zu deren völliger Aufhebung.

Ich schlage deshalb vor, anstatt der wenig exacten Bezeichnung „Stupor" die von Kahlbaum eingeführte „Attonität" zu gebrauchen, welche nicht als Symptomencomplex, sondern als ein völlig gleichartiges — motorischer Erregung resp. Reizvorgängen in psychomotorischen Hirncentren entgegengesetztes einfaches Symptom aufzufassen ist. Auch Kahlbaum versteht unter Attonität nicht einen bestimmten Symptomencomplex, sondern die mannigfaltigsten geistigen Zustände, welche eine Aehnlichkeit in ihrem äussern Wesen (Schweigsamkeit und Regungslosigkeit) darstellen. Die

Attonität als einfaches Symptom analog motorischer Erregung pflegt bei den verschiedensten Krankheitsformen vorzukommen und kann füglich weder eine selbständige Krankheitsgruppe, noch eine Phase im Verlaufe einer bestimmten Krankheitsform sein. Die Attonität kann an und für sich keine Krankheit definiren, weil hiefür nicht ein einziges Symptom, sondern eine ganze Gruppe derselben erforderlich ist, aus deren Combination wir berechtigt sind, den in Rede stehenden seelischen Zustand entweder als Hysterie, oder als Melancholie, Dementia, Paranoia, Amentia u. s. w. aufzufassen.

III. Zu den für die Katatonie am meisten charakteristischen Symptomen zählt Kahlbaum die Störungen im Bereiche des motorischen Apparates vom allgemeinen Charakter des Krampfes. Diese gewöhnlich als „katatonische" einheitlich aufgefassten Bewegungsanomalien werden ihrem Charakter nach in 3 Gruppen eingetheilt: a) wahre Krampferscheinungen, b) Erscheinungen psychischen Charakters (Bewegungs- und Haltungsstereotypen) und c) Erscheinungen, welche, so zu sagen die Mitte zwischen diesen beiden Gruppen einnehmend, als Resultat innerer Reize in psychomotorischen Centren auftreten: Tetanie und Katalepsie.

Krampfhafte Erscheinungen verschiedener Art kommen vor: a) bei mit allgemeinen Neurosen einhergehenden Psychosen (Hysterie, Epilepsie und Chorea), b) bei Intoxicationspsychosen (alcoholische und morphinische), c) bei Psychosen auf notorisch oder vermuthlich anatomischer Basis (Delirium acutum, Meningo-periencephalitis chronica et subacuta, Dementia senilis); sie treten ausserdem nicht selten auf a) in Initialstadien acuter Seelenstörungsformen, hauptsächlich von Amentia (Meynert), wo sie den Charakter kurz dauernder und anfallweise auftretender Muskelspannung, oder aber wahrer Krämpfe an sich tragen (Freusberg, Serbsky).

Bezüglich der Tetanie glaube ich an der Hand eigener Beobachtungen annehmen zu müssen, dass die von Arndt beschriebene Tetanie mit der von Corvisart-Trousseau nichts zu thun habe, und möchte deshalb neben der Tetanie spinalen Ursprungs eine cerebrale (Arndt) statuiren: diese wird charakterisirt durch innigen Zusammenhang mit Seelenstörung, tonische, Tage und Monate anhaltende Flexorenspannung, wie Fehlen cardinaler Symptome der spinalen Tetanie (Steigerung der reflectorischen Erregbarkeit von sensiblen Nerven und Erhöhung der mechanischen und elektrischen Erregbarkeit der Nervenstämme). Die cerebrale Tetanie stellt eine functionelle Störung dar und ist verknüpft mit Stimmung und Wahnideen depressiver Natur, während der ihr gewissermaassen entgegengesetzte Zustand, nämlich die Extensorenspannung bei Paranoia chronica meist mit Grössenwahnideen einhergeht. Die cerebrale Tetanie in der Form der Extensorenspannung tritt in diffuser oder partieller Form am häufigsten bei Amentia und Paranoia auf; dann folgt secundärer Blödsinn und progressive Paralyse.

Die Melancholie anlangend, zu welcher man gewöhnlich die Fälle der Tetanie rechnet, bin ich auf Grund eigener Beobachtungen[1]) und Literaturangaben zu dem Ergebniss gelangt, dass das Vorhandensein der Tetanie (ebensowohl der Katalepsie) gegen die Diagnose von Melancholie spricht; alle beschriebenen Fälle gehören der Amentia oder Paranoia an. —

Die Katalepsie kann, entgegen Kahlbaum, nicht als charakteristisches

[1]) Diese sind ausführlich in russischer Sprache publicirt worden.

Symptom einer gewissen Gruppe der Seelenstörung aufgefasst werden, weil sie a) bei den mannigfaltigsten Formen psychischer Störungen, b) als vorübergehendes Symptom bei einigen allgemeinen Neurosen, — hauptsächlich bei der Hysterie und Epilepsie — wie auch manchen organischen Hirnläsionen, und endlich c) wie anzunehmen ist, zuweilen als selbständige Krankheitsform bei ganz gesunden Individuen auftritt.

Eine physiologische Theorie der Katalepsie fehlt noch einstweilen, wenigstens sind sämmtliche vorgeschlagene Hypothesen nicht stichhaltig genug, und reichen unsere Kenntnisse von dem Wesen und Ursprung der Katalepsie nicht über das hinaus, was Arndt noch im Jahre 1872 festgestellt hat.

Viele Autoren (Roller, Neisser, Binder) wollen den Ursprung der Bewegungs- und Haltungsstereotypen auf eine primäre, selbständige Störung der Bewegungscentren, hauptsächlich der psychomotorischen Sphäre (sogar des Rückenmarks) zurückgeführt wissen. Ich muss gegen diese Ansicht auftreten, welche 1) darauf fusst, dass diese Bewegungen das Gepräge des Unwillkürlichen, Automatischen an sich tragen, 2) dass sie meistens im Zustande psychischer Schwäche auftreten, in welchem die Wahnideen und Hallucinationen an Stärke abnehmen oder ganz aufhören, und dass 3) die Kranken gewöhnlich ausser Stande sind, diese Bewegungen zu erklären. Ad 1 ist hervorzuheben, dass sich alle unsere complicirten Bewegungen ganz automatisch vollziehen oder vollziehen können, wenn sie auch anfangs völlig willkürlich waren, ad 2 und 3 kann ich auf Grund eigener und fremder Beobachtungen[1]) anführen, dass die Kranken direct über ihre Stereotypen Rechenschaft ablegen (Wahnideen, Sensationen und Hallucinationen). Nun ist dabei den positiven Aeussernngen eine weit grössere Bedeutung als den negativen beizumessen, indem Bewegungsstereotypen am häufigsten im Zustande secundären Blödsinns vorkommen, wo der Kranke vielleicht selbst eine verwischte, unklare Vorstellung über die veranlassenden Motive besitzt oder wegen vorhandener Geistesschwäche nicht zu erörtern im Stande ist, obgleich daraus nicht so ohne weiteres geschlossen werden soll, dass diese Bewegungen von Anfang an unmotivirt waren. Bei Nebeneinanderstellung der Bewegungsstereotypen mit den Zwangsbewegungen, welch letztere anfangs als eine völlig krankhafte Erscheinung wahrgenommen, späterhin ähnlich manchen bizarren Gewohnheiten ganz gesunder Individuen automatisch und nicht selten, sich vereinfachend, bis zum Verlust ihres ursprünglichen Charakters modificirt werden (diese Umgestaltung kann bei Geistesschwäche erheblich ihre richtige Auffassung erschweren), schliesse ich mich der Snell'schen Ansicht an, wonach die Stereotyp- (sowie Zwangs-) Bewegungen bloss eine Steigerung der auch im normalen Seelenleben vorhandenen Absonderlichkeiten darstellen. Die Bewegungsstereotypen bilden mithin eine Erscheinung psychischen Charakters und verdanken ihre Entstehung Wahnideen, Zwangsvorstellungen, Hallucinationen, abnormen Sensationen u. s. w.; dann verfallen sie infolge täglichen Wiederkehrens ins Gebiet des Unbewussten, werden automatisch, indem sie längere Zeit hindurch die ehemals bewussten und dann verschwundenen Impulse überleben.

Cramer's Versuch, die Bewegungs- und Haltungsstereotypen auf Hallucinationen im Muskelsinn zurückzuführen, entbehrt einer ausreichenden Bedeutung. Die Hallucinationen sind nicht Empfindungen, sondern subjectiv

---

[1]) Diese sind anderwärts in russischer Sprache publicirt.

entstandene Wahrnehmungen und können bloss im Bereiche jener (namentlich höherer) Sinne entstehen, welche die Möglichkeit einer *Objectivirung* gestatten; und ist also die Thatsache, dass Leute, welche nach der Amputation eines Beines noch allerlei Empfindungen an bestimmten Stellen des nicht mehr vorhandenen Beines zu fühlen versichern, kein Beispiel einer Hallucination, wie Cramer meint, sondern eine Erscheinung sogenannter excentrischer Projection.

Die Täuschungen des Muskelsinnes mit dem Charakter von Illusionen, aber nicht Hallucinationen, sind nur in einem beschränkten Bereiche von Muskelempfindungen und darauf basirender Wahrnehmungen denkbar, nämlich jener, vermittelst derer die Schwere eines Gewichtes oder der Grad eines äussern Widerstandes wahrgenommen wird. Alle übrigen durch Vermittelung des Muskelsinnes ausgelösten, sowohl einfachen als complicirten (d. h. durch Mitbetheiligung anderer Sinnesorgane erhaltenen) Empfindungen, die Muskelcontractionen begleitenden Empfindungen, Ermüdungsempfindungen nach anstrengender Thätigkeit, oder Schmerz, wie die auf die gegenseitige Lage unserer Glieder sich beziehenden Empfindungen treten unserm Bewusstsein immer nur als Zustände unseres Körpers entgegen, werden nicht objectivirt und können bei krankhafter Störung nicht zur Quelle von Hallucinationen werden.

Bewegungs- und Haltungsstereotypen kommen vor: a) bei psychischen Entartungsformen wie Zwangsbewegungen, welche zuweilen automatisch und stereotyp werden, b) bei Paranoia chronica (gewöhnlich mit Ausgang in Dementia), hauptsächlich aber c) bei Dementia secund.

Resumiren wir die Analyse der eigentlich motorischen (katatonischen) Erscheinungen, so haben wir zunächst ihre eminente Mannigfaltigkeit hervorzuheben. Einzeln betrachtet, bieten sie nichts Charakteristisches, da sie bei den verschiedensten Leiden vorzukommen pflegen; sie besitzen keinen innern Zusammenhang, und endlich ist ihr Vorhandensein nicht immer für die Diagnose der Katatonie erforderlich, indem unter Katatonie Fälle, wo diese Erscheinungen fehlen, beschrieben worden sind. (Kahlbaum, Fall 8 und 9.)

IV. Seiner Grundtendenz getreu vindicirt Kahlbaum auch den übrigen Symptomen der Katatonie — Verbigeration, Mutacismus, Negativismus — einen spastischen Ursprung. So betrachtet er die Verbigeration als eine Art coordinirten Krampfes der Sprachnerven (Neisser aber als eine Art motorischer Gebundenheit oder Hemmung). Nun sind diese Ansichten aber durchaus hypothetisch. Da die Verbigeration sich a) durch unzusammenhängenden Inhalt, b) Wiederholung einer und derselben Worte oder Sätze (sogar Sylben) und dabei c) in scheinbarem Charakter einer Rede charakterisirt, so sind für ihr Zustandekommen freilich zwei Bedingungen erforderlich: die gesteigerte Redesucht und eine Dürftigkeit, Beschränktheit der augenblicklich vorhandenen Vorstellungen — daher das fortwährende Wiederkehren derselben Worte und Sätze. Klinisch betrachtet präsentirt die Verbigeration ein auf bedeutende Herabsetzung der Seelenthätigkeit hinweisendes Symptom und tritt dementsprechend am häufigten bei Formen secundärer Dementia, ferner bei progressiver Paralyse (Brosius, Krafft-Ebing, Knecht u. a.) und endlich bei Zuständen kurzdauernder Verwirrtheit (epileptischen Charakters) (Sammt), oder bei einigen periodischen Psychosen (Krafft-Ebing) auf.

Die Annahme, die negativen Willensbewegungen (und speciell die Nahrungsverweigerung) seien auf besondere organische Impulse zurückzuführen, wie auch die Roller'sche Meinung, die Neigung zum Widerstreben beruhe auf Innervationsstörung der Antagonisten, sind nicht auf positive Daten begründet. Von einer Fülle feststehender Thatsachen ausgehend, ist eher anzunehmen, dass die negativen Willensbewegungen im Grossen und Ganzen (darunter auch Mutacismus und Sitophobia) als Ausdruck entweder bestimmter Wahnideen und Hallucinationen, oder aber wenigstens abnormer — dem Kranken vielleicht selbst häufig dunkler — Empfindungen hervortreten; sie sind am häufigsten bei Melancholie, Paranoia (acute und chron.) und Dementia anzutreffen.

Was die negativen Willensbewegungen und die Monotonie in den maniakalischen Stadien der Katatonie anlangt, so ist eine Erklärung dieses scheinbaren Widerspruchs in dem Umstande zu suchen, dass wir es in solchen Fällen eigentlich nicht mit der Manie, sondern entweder mit einer maniakalischen Phase von Amentia oder mit einer auf dem Boden der Dementia entstandenen Erregung zu thun haben. Solche Symptome, wie religiöse Ekstase und pathetische Stimmung, können gewiss in noch geringerem Maasse zur Aufstellung der Katatonie beitragen. Den Umstand, dass die Diagnose Katatonie bloss auf Grund dieser Symptome gestellt wird (z. B. Fall XII Kahlbaum, auch die Auffassung als Katatonie der Epidemieen der Convulsionär und der Predigtsucht als Katatonie), kann man sich nur als Uebertreibung erklären.

In Bezug auf den cyklisch wechselnden Verlauf ist Folgendes hervorzuheben: 1) gibt es keine bestimmte Aufeinanderfolge einzelner Phasen im Sinne Kahlbaum's; 2) können eine oder einige dieser Phasen ausbleiben, wobei 3) der ganze Verlauf einförmig erscheint (z. B. Fall 8 und 9 Kahlbaum's). Kahlbaum zählt sowohl das Stadium der Vorläufer (Initial-Melancholie), wie die Blödsinnsperiode als einzelne Phasen auf, demzufolge man bei einer gewöhnlichen Psychoneurose, z. B. bei der Manie, wenn keine Genesung eintritt, von einem cyklisch wechselnden Verlaufe zu sprechen berechtigt ist (Stadium melancholicum, Manie, secundäre Verwirrtheit und Blödsinn); 4) giebt es endlich eine Krankheitsform, deren Gesammtverlauf sich, wenn nicht immer, so doch wenigstens in der Mehrzahl der Fälle aus einigen Phasen zusammensetzt, die Amentia acuta (acute Verworrenheit), — eine Krankheit, welche wahrscheinlich zur Aufstellung der Vesania typica früherer Autoren Anlass gab. Die Analyse der Symptome der Katatonie zusammenfassend, sehen wir, dass einzeln genommen keins als charakteristisches Merkmal einer besonderen Krankheitsform bezeichnet werden kann; ihre Gesammtheit bildet bloss eine zufällige Verbindung, aber keine innere organische Verwandtschaft, für deren Aufbau es ebenso an einer festen anatomischen Basis, als an bestimmten physiologischen Daten fehlt.

Im Verlaufe mannigfacher Krankheitsformen kommen die einen oder anderen der bereits besprochenen und gewöhnlich zur Katatonie gewählten Symptome vor. Hierzu gehören unter den acuten Psychosen:

1) Dementia acuta (attonita),

2) Amentia acuta (Verworrenheit, Verwirrtheit — eine am häufigsten als Katatonie bezeichnete Form),

3) Paranoia acuta (eine dem depressiven Wahnsinn — Kraepelin — entsprechende Form) und

4) Melancholia attonita[1]).

Von den chronischen Formen zählt man gewöhnlich zur Katatonie folgende:

5) Paranoia chron. (gewöhnlich mit bereits ausgesprochener Erscheinung von Dementia),

6) Progressive Paralyse (hierher gehört Fall XII von Neisser und der von Knecht),

7) einige periodische Psychosen (jene von Kirn als centrale Typosen mit kurzen Anfällen bezeichnete Gruppe),

8) manche hysterische Psychosen und

9) Dementia secundaria, wohin auch die Hebephrenie gehört. Letztere bildet eine Form secund. Blödsinns, welche sich nach acuten Psychosen (nämlich Amentia oder Paranoia) entwickelt, gewöhnlich progressirt, und zuweilen eine ganze Reihe von eigenthümlich verlaufenden und den Blödsinn verstärkenden Exacerbationen durchmacht. Ich nenne sie deshalb Dementia (secundaria) progressiva und statuire neben einer originären Form acquirirte Formen von Dementia progressiva, welche sich grösstentheils im Jugend- und Mannesalter (bis 30—32 Jahren) bei hereditär Belasteten entwickeln. Diese Formen nehmen gewöhnlich folgenden Verlauf: Die erste, in Form einer Psychoneurose (häufiger von Amentia oder Paranoia) verlaufende, mitunter von vornherein einen eigenthümlichen Stempel von Blödsinn an sich tragende Erkrankung lässt anfangs nur einen geringen, bei oberflächlicher Betrachtung zuweilen kaum auffallenden Defect zurück. Auf dieser Basis erzeugt jede weitere Exacerbation — welche nicht selten, wie bei der eigentlichen Hebephrenie, einen eigenthümlichen, auf eine bedeutende Invalidität des Gehirns hinweisenden Verlauf annimmt — jedesmal eine stets progressirende Abnahme des Seelenlebens in toto, der Blödsinn nimmt immer zu[2]).

---

## II.

## Neue Bahnen für das preussische Irrenwesen[3]).

Die umfassenden Neubildungen, denen die innere Verwaltung Preussens entgegengeht, scheinen auch das von der preussischen Gesetzgebung bisher so ganz vernachlässigte Irrenwesen umgestalten zu wollen. Zum Verständniss der das Irrenwesen berührenden Vorlage, die dem preussischen Herrenhause am 12. November v. J. vom Minister des Innern gemacht worden ist, sei Folgendes bemerkt:

---

[1]) Eingehender finden sich differential-diagnostische Nachweisungen in einer ausführlichen Publication in russischer Sprache.

[2]) Vierzehn ausführliche Krankengeschichten erläutern die in russischer Sprache erschienene monographische Bearbeitung des Gegenstandes.

[3]) Die Redaction glaubt dem dringenden Wunsche des Herrn Verfassers nach Aufnahme des folgenden Artikels stattgeben zu dürfen, obwohl derselbe bereits anderwärts (als Leitartikel der „Vossischen Zeitung“ von Nro. 111) abgedruckt ist.

In der ganzen preussischen Gesetzgebung fehlte bisher eine Bestimmung, die den Staat oder communale Verwaltungskörper zur Fürsorge für Geisteskranke verpflichtete. Es liesse sich wohl aus der landrechtlichen Doctrin von der Polizei eine Verpflichtung des Staats zum Schutze der Oeffentlichkeit vor gefährlichen Irren herleiten; eine solche Deduction würde aber ganz in der Luft schweben. Ebensowenig wie die preussische Gesetzgebung und Verwaltungspraxis die Irrenfürsorge in Verbindung mit der Sicherheitspolizei bringt, kennt sie einen Zusammenhang derselben mit der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Sanitätspolizei. Man findet somit auch gewöhnlich unter Irrenärzten die Anschauung verbreitet, dass eine gesetzliche Grundlage für das Irrenwesen in Preussen überhaupt fehlt, und dass dasselbe sich, unter dem Drucke realer Faktoren, des stets wachsenden Bedürfnisses, spontan zu der bunten und regellosen Gestalt entwickelt hat, die es heute zeigt. Es ist in der That für den Nichtpreussen nicht leicht, sich zurecht zu finden in dem Neben- und Durcheinander von Provinzial-Irren-Heilanstalten, Provinzial-Pflegeanstalten, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten, Departements-Pflegeanstalten, städtischen Irrenanstalten, Combinationen städtischer Irrenstationen mit Krankenhäusern, Siechenhäusern, Irrenkliniken, Combinationen provinzialer Irren-Abtheilungen mit Landarmen-, Corrections- und Arbeitshäusern, Privatanstalten mit Provinzialzuschuss, Anstalten der inneren Mission mit Freistellen zu Gunsten von 1, 2 oder 3 die innere Mission subventionirenden Provinzen, Alexianer, Franziskaner- und Barmherzigen Brüderanstalten mit contractlichen Beziehungen zur provinzialständischen Verwaltung, Irrenstationen an Strafanstalten und bäuerlichen Gemeinden mit familiärer Irrenpflege auf Provinzialkosten.

Man sieht, es geschieht Vieles für die Irrenfürsorge in Preussen — aber nicht viel, sondern wenig, viel zu wenig.

Trotzdem wäre es ein Irrthum zu glauben, dass es diesem ganzen chaotischen Zustande an einer gesetzlichen Grundlage fehle. Diese ist in ganz präciser Form gegeben, freilich an einem Orte, wo man sie a priori kaum vermuthen dürfte, nämlich in dem Gesetze betreffend die Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz, vom 8. März 1871 (Gesetz-Sammlung S. 130). Die betreffende Stelle des einschlägigen Paragraphen lautet in seiner bisherigen Fassung folgendermassen:

§ 31. Die Landarmenverbände sind befugt, die Kosten der öffentlichen Armenpflege, welche die Fürsorge für Geisteskranke, Idioten, Taubstumme, Sieche und Blinde verursacht, unmittelbar zu übernehmen. Kreise oder Armenverbände, welche für einen der unmittelbar zu übernehmenden Zweige der Armenpflege bis dahin in ausreichender Weise gesorgt haben, können nicht gegen ihren Willen verpflichtet werden, an der betreffenden Einrichtung des Landarmenverbandes Theil zu nehmen oder zu den Kosten derselben beizutragen.

Bekanntlich sind die Provinzen durch das Dotationsgesetz vom 8. Juli 1875 (§ 4 Nro. 3 und 4) ziemlich reichlich mit Mitteln zur Bestreitung der Kosten für das Landarmen-, Irren-, Taubstummen- und Blindenwesen ausgestattet worden.

Die dem obengenannten Gesetzentwurf für das Herrenhaus beigegebenen Motive bemerken nun, dass die Lasten der Irrenpflege zum grössten Theil von den Provinzialverbänden auf die Ortsarmenverbände abgewälzt worden sind, und dass weiterhin die Ortsarmenverbände, um nicht finanziell ruinirt zu werden, „nur im äussersten Nothfalle“ zur Unterbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten übergehen. „Die Idioten, Irren bleiben“ — so

heisst es in den Motiven — „in Folge dessen vielfach ihren Angehörigen zur Last, stehen diesen bei der Aufsuchung und Benutzung von Arbeitsgelegenheit im Wege und bilden für sie häufig recht eigentlich erst die Ursache der Verarmung.“ Mit anderen Worten sagen also die Motive, dass die Handhabung dieses Theils der Armenpflege den Pauperismus nicht einschränkt, sondern vermehrt. Das ist kein glänzendes Ergebniss. Freilich liegt in der ungleichmässigen Vertheilung der Lasten der geschlossenen Armenpflege nur ein Theil der Ursachen für die Unzulänglichkeit der Irrenfürsorge in Preussen. Das ergiebt sich unter anderem daraus, dass in Schlesien, wo die Ortsarmenverbände niemals zur Tragung der Pflegekosten für ortsangehörige Irre herangezogen werden, der Nothstand fast ebenso gross ist, wie in Posen, wo, von einigen wenigen Freistellen abgesehen, die meist ganz winzigen Ortsarmenverbände jährlich 300 Mk. für den Anstaltspflegling aufzubringen haben.

Bekannt dürfte es ja wohl sein, dass der goldene Segen der lex Huene in der Baugeschichte der Kreishäuser sehr bemerkbar wird, dagegen in der der communalständischen Armeninstitute absolut nicht nachweisbar ist.

Es dürfte schwer sein, diese Dinge schärfer zu charakterisiren, als es die von Minister Herrfurth beglaubigten Motive des citirten Entwurfs thun. Nur an zwei Stellen scheinen dieselben ergänzungsbedürftig. Auf Seite 6 der Vorlage findet sich die Bemerkung, für die geschlossene Armenpflege liesse sich ein völlig genauer und erschöpfender Nachweis des Bedürfnisses nicht geben, da sich statistisch nicht feststellen liesse, wie viel zur Aufnahme in eine Anstalt geeignete (ungefährliche) Geisteskranke, Idioten etc. vorhanden sind, für welche Aufnahme begehrt werden würde, wenn Anstaltsplätze in geeigneter Menge vorhanden wären. Dieser Bemerkung muss entgegengehalten werden, dass die Irrenstatistik über diesen Punkt zu dem fast feststehenden Ergebnisse gekommen ist, dass so ziemlich in ganz Europa 4,1 bis 4,3 Irre pro Mille der Bevölkerung vorhanden sind — so ergab die württembergische Irrenstatistik für 1875 (Koch) 4,22 pro Mille, die der russischen Ostseeprovinzen (Baltische Monatsschrift, Hft. 1, 1890) 4,15 pro Mille in Livland, 4,3 pro Mille in Estland — und ferner, dass je nach der Culturhöhe des betreffenden Landes 1 bis 3 Irre pro Mille der Bevölkerung der Anstaltspflege unbedingt bedürfen. In Berlin, wo dem Bedürfniss ziemlich ausreichend genügt wird, befinden sich 2 pro Mille der Bevölkerung in Anstaltspflege, in England und den meisten Schweizer Cantonen 3 pro Mille. Man würde demnach für die verschiedenen preussischen Provinzen, je nach ihrem Culturgrade, Anstaltsplätze in der Zahl von 1 pro Mille im Minimum, 3 pro Mille im Maximum zu fordern haben.

Dass man keinen rechten Einblick darin gewinnt, wie sehr weit das provinzialständische Irrenwesen Preussens von diesem Ziele entfernt ist, das ist der zweite Fehler der den Gesetzentwurf begleitenden Motive. Die denselben beigegebene Nachweisung der in den einzelnen Provinzen bestehenden Anstalten giebt theils zu hohe Zahlen für die einzelnen Provinzen, theils lässt sie eine Reihe grösserer Anstalten ganz fort. So sind zwar die in der Rheinprovinz vorhandenen selbständigen städtischen Irrenanstalten angeführt, Dalldorf dagegen und die grosse Anstalt der Stadt Frankfurt a. M. ganz ausgelassen; ferner fehlt in dem Verzeichniss die Departementsanstalt in Düsseldorf, die Irrenanstalt zu Greifswald; die Zahl der Plätze für Irre in Schlesien ist viel zu hoch angegeben (mit 3000 an Stelle der 2600 Plätze,

die jetzt nur durch eine unerhörte Ueberfüllung der schlesischen Anstalten geschaffen sind).

Will man sich wirklich ein Bild davon machen, wie weit das Irrenwesen in Preussen hinter dem thatsächlichen Bedürfniss zurückbleibt, so liegen zuverlässige Angaben nur bis zum Jahre 1885 vor. Nach den Tabellen im Heft 108 der „Preussischen Statistik“ gab es 1885 in Preussen 37 öffentliche Anstalten mit 16 323 Plätzen, während man nach dem obengegebenen Verhältniss von 4 pro Mille im Jahre 1885 eine Zahl von 112 000 Irren annehmen musste, und somit in minimo 28 000, in maximo 84 000 Plätze in öffentlichen Irrenanstalten verlangen müsste.

Der citirte Entwurf eines Gesetzes, betreffend die ausserordentliche Armenlast, sucht der Unzulänglichkeit der bisherigen geschlossenen Armenpflege dadurch zu begegnen, dass er die Landarmenverbände für verpflichtet erklärt, „für Bewahrung Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Epileptischen, Idioten, Taubstummen und Blinden Anstalten in der erforderlichen Zahl und Grösse einzurichten und zu erhalten“. Die Provinzialverbände sollen also in Zukunft verpflichtet sein, das zu thun, was sie nach der bisherigen Fassung des § 31 zu thun nur befugt waren. Die Motive bemerken dazu, „nur sehr theilweise“ hätte die Ertheilung dieser Befugniss genügt, um die Verbände zu einem freiwilligen Vorgehen in dieser Richtung zu veranlassen. Welch unerwartete Kritik der provinziellen „Selbstverwaltung“ aus dem Munde der Regierung! Man kann ihr aber nicht Unrecht geben, zumal wenn man gesehen hat, wie die Kreis-Communalcassen „Geld wie Heu“ haben, ohne dass ein bemerkenswerther Bruchtheil davon in die Provinzial-Institutencasse flösse. Nun sind die Motive ferner der Meinung, da der § 31 in seiner früheren Fassung, trotz allerlei sanfter Mahnungen von Seiten der Oberpräsidenten an die Provinzialstände, nicht zum Ziele geführt habe, schiene es angemessen, diesem Ziele durch eine Umwandlung der Befugniss in eine Verpflichtung näher zu treten. Jeder, der das Elend der Irren und Idioten auf dem platten Lande der östlichen Provinzen mit angesehen hat, wird diesem Ausspruch gewiss aus vollem Herzen beipflichten. Nur muss, soll etwas Greifbares bei dieser Reform herauskommen, auch dafür gesorgt sein, dass die „erforderliche Zahl und Grösse“ der einzurichtenden Anstalten für jede Provinz genau ermittelt wird (in letzter Instanz durch Erhebungen in jeder Gemeinde), sonst bleibt doch Alles beim Alten, und Preussen bleibt in seiner geschlossenen Armenpflege hinter Russland zurück; die preussischen Medicinalbeamten und Irrenärzte werden sicher gern alle Kräfte an eine zuverlässige Statistik der Versorgungsbedürftigen setzen.

Schliesslich muss an dem Entwurf noch als ein besonderer Vorzug hervorgehoben werden, dass er ausser für die Irren auch für die übrigen Kategorien von chronisch Hirnkranken und somit erwerbs- und dispositionsunfähigen (Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige, Taubstumme etc.) Versorgung durch die Provinzialverbände verlangt. Hier harrt unendlich viel Elend auf Linderung.

# II. Referate und Kritiken.

167) **John Fergusson**: The auditory centre.
(Journ. of Anat. and Physiol., XXV, 2.)

Verfasser liefert einen klinischen Beitrag zur Localisation des Gehörcentrums. Es handelt sich um einen jungen Menschen, der scrophulös ist und seit acht Jahren an einer *rechtsseitigen* Otitis media leidet. Im Verlaufe dieser Krankheit erlischt die aero-tympanale auf der *rechten* Seite vollkommen, die cranio-tympanale bleibt ein wenig erhalten.

Zwei Jahre vor dem Tode des Patienten werden die Symptome eines Gehirntumors in der *rechten* Temporo-Sphenoidal-Gegend bemerkt: Es treten Convulsionen auf, denen eine Gehörsaura vorangeht, welche auf die linke Seite bezogen wird. Inzwischen wird das Gehör auf der *linken* Seite immer schlechter und nach ungefähr sechs Monaten gleich Null, während die Aura erhalten bleibt.

Die Section ergiebt einen Tumor der *rechten* Seite in der ersten und zweiten Windung des Temporo-Sphenoidal-Lappens.

Verfasser schliesst daran folgende Bemerkungen: Das *rechte* Ohr war durch eine *Mittel*ohrerkrankung taub geworden. Da jedoch noch Knochenleitung vorhanden war, so war eine centrale Erkrankung für diese Seite ausgeschlossen. Das *linke* Ohr war durch die cerebrale Erkrankung der *rechten* Seite taub geworden. Das auf der *linken* Seite gelegene *Hörcentrum* hätte vielleicht vicariirend für den Ausfall auf der rechten Seite eintreten können, war aber wahrscheinlich durch die acht Jahre lange Inactivität in Folge der *rechts*seitigen Mittelohrerkrankung ausser Function getreten.

Referent hält die Analyse des beschriebenen Falles für nicht so eindeutig, wie es F. thut, und vermisst namentlich die Angabe einer genauen Hörprüfung. Peltesohn.

---

168) **M. Friedmann** (Mannheim): Ueber die degenerativen Veränderungen der Ganglienzellen bei acuter Myelitis. (Neurol. Centralbl., 1. Jan. 1891.)

Verf. stellt sich die dankenswerthe (späterhin auch auf die Pathologie des Gehirns zu erweiternde) Aufgabe, die feineren degenerativen Veränderungen der Ganglienzellen im Rückenmark bei dessen Erkrankung zu studiren. Er hat diese Aufgabe zunächst bei der experimentell erzeugten acuten Myelitis zu lösen gesucht und sich dabei der Nissl'schen Färbungsmethode bedient. In den Frühstadien fand er die homogene Schwellung zugleich mit der homogenen Entartung und den körnigen Zerfall (Fettdegeneration) als hauptsächlichste Veränderungen, letzteren häufig mit der homogenen Degeneration combinirt. Die sklerotische Degeneration wurde zwar spärlicher angetroffen, war aber, wenn sie eintrat, schon am ersten und zweiten Entzündungstage ausgebildet. Als seltenste Form zeigte sich die helle, lichte (ausgelaugte) Zelle, wo von der chromatischen Substanz nur Reste am Zellenrand erhalten sind. Bei chronischen Zuständen fand sich die (partiell beginnende) Pigmentartung.

Im Allgemeinen ergaben sich aus den Untersuchungen folgende Thatsachen. 1) Dass die Entartung allemal zuerst in einer begrenzten Partie der Zelle, in specie der chromatischen Substanz beginnt; 2) dass erst secundär der Untergang und die Auflösung des Kernes und der Ausläufer erfolgt und 3) am Schlusse die Schrumpfung oder Auflösung der ganzen Zelle. Nach F. finden die Ernährungsstörungen zunächst ihren Angriffspunkt in der Zellensubstanz; Ausläufer und Kerne verhalten sich bei der Nekrobiose rein passiv, sie gehen nicht *mit* der Zelle, sondern durch das Absterben der Zellensubstanz zu Grunde. Bezüglich der Einzelheiten ist auf das beachtenswerthe Original zu verweisen.

Hoppe (Allenberg).

---

169) **Emmet Holt** and **Ira von Giesen** (New-York): A case of spina bifida with suppurative spinal meningitis and ependymitis, due to bacteria entering the wall of the sac.

(The journal of nervous and mental disease, Dec. 1890.)

Ein weibliches Kind, das mit einer spina bifida geboren wurde, zeigte 14 Tage nach der Geburt eine fast völlige Paraplegie. Zu gleicher Zeit wurde der bis dahin ganz durchscheinende Tumor kleiner und völlig undurchscheinend. Das Kind wurde unruhiger, die Ernährung ging zurück und am 24. Tage nach der Geburt starb das Kind. Bei der Autopsie fand man den Schädel ganz normal, die Fontanellen nicht vorgewölbt. An der Basis des Gehirns bestand eitrige Meningitis. Die Seitenventrikel waren colossal ausgedehnt, so dass die Markmasse auf ein Minimum reducirt war; sie enthielten eine grosse Menge Eiters. Während das obere Cervicalmark ohne besondere Veränderung war, bestand an dem übrigen Rückenmarke eine eitrige Meningitis, verbunden mit Entzündung des beträchtlich erweiterten Centralcanals. Ein Theil des gleichfalls mit Eiter gefüllten Sackes der spina bifida war nekrotisch; hier war offenbar der Eingangspunkt für die die eitrige Entzündung hervorrufenden Bakterien, welche der Mehrzahl nach Streptocokken zu sein schienen. Bemerkenswerth ist in unserem Falle neben Anderem das Fehlen von physikalischen Zeichen des angeborenen Hydrocephalus.

Strauscheid (Kreuzburg).

---

170) **Francotte**: Études sur l'anatomie pathologique de la moëlle épinière (Syringomyélie. — Sclérose combinée. — Myélite aigue).

(Arch. de Neurologie 1890, Nro. 56. 57. 58.)

I. *Fall von Gliomatose, Höhlenbildung* an einem Rückenmark, welches durch Caries, Compression eine secundäre Degeneration zeigte. Die Höhle sass im oberen Halsmark — 4 Ctm. lang — und entsprach oben dem Ort des Centralcanals; weiter nach unten lag sie getrennt von ihm im linken Hinterstrang dicht an der hinteren Commissur; noch weiter unten fand sich nur noch gliomatöses Gewebe in derselben Gegend.

II. *Combinirte Sklerose der Hinter- und Seitenstränge.* 66jähriger Mann mit Parese der Beine, Schmerzen daselbst, Gürtelgefühl, Fehlen des Kniephänomens. Die Pia des Rückenmarks bot nirgends Verdickungen. Die Cervicalanschwellung zeigte Degeneration der Goll'schen und inneren Theile der Burdach'schen Stränge; zwischen beiden fand sich eine intacte Zone.

Ausserdem war die Gegend der Kleinhirnseitenstränge degenerirt. Nach dem unteren Ende des Rückenmarks war die Degeneration nur an den Goll'schen und Pyramidenseitensträngen zu sehen. Zur Erklärung kann man nicht auf eine Meningitis recurriren, auch nicht auf einen etwa von den Hintersträngen fortschreitenden Process. Die Frage, ob Systemerkrankung oder nicht, lässt Verf. offen.

III. *Zwei Fälle von Myelitis.* Ein 21jähriges Weib und ein 62jähriger Mann erkranken an Lähmung der Beine und der Sphincteren. Acuter Decubitus. Tod nach 3 Wochen. Im ersten Falle fanden sich myelitische Heerde im oberen Dorsalmark in den weissen Strängen. Innerhalb der perivasculären Räume dieser Heerde war eine Anhäufung von Elementen „corps granuleux", ausserdem bestand Verminderung der Neuroglia und Quellung der Nervenfasern. Auch in der grauen Substanz waren die Gefässe verändert, die Ganglienzellen degenerirt. Im zweiten Falle waren myelitische Heerde im mittleren Dorsalmark und zwar in der weissen Substanz. Die Neuroglia war vermehrt, Corpora amylacea vorhanden, die Zellen der grauen Substanz verändert, besonders pigmentirt, die Gefässwände selbst verdickt. Otto.

---

171) **Blocy et Marinesco**: Sur l'anatomie pathologique de la Maladie de Friedreich. (Arch. de Neurologie 1890, Nro. 56.)

Der zu Grunde liegende Fall ist schon früher klinisch besprochen worden mit 4 anderen (cf. Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1888, S. 735). In der vorliegenden Arbeit wird noch das spätere Auftreten hysterischer Erscheinungen erwähnt. Der Tod erfolgte an Tuberculose. Path.-anatomisch war auch in diesem Falle die Kleinheit der Durchmesser des Rückenmarks auffallend. Die Sklerose erstreckte sich im Lendentheil auf die Pyramiden- und Hinterstränge, mit Ausnahme des vorderen Theils derselben, im Dorsaltheil auf Pyramiden-, Kleinhirnseitenstränge, Hinterstränge, abgesehen von einer Zone an den Hinterhörnern. Im Cervicaltheil war es ähnlich und im Bulbus war nur in geringem Grade der Kleinhirnseitenstrang ergriffen. Das Nähere über die Betheiligung der einzelnen Stränge in ihrem Verlauf und der einzelnen Abschnitte der verschiedenen Segmente muss im Original nachgesehen werden. Mikroskopisch war ein Mangel an dicken Nervenfasern auch in anscheinend normalen Theilen auffallend, während die feinen Fasern überwiegend vorhanden waren. An den sklerotischen Stellen waren wenige Fasern und diese oft sehr dick, hypertrophisch. Von zelligen Elementen waren nur die der Clarke'schen Säulen afficirt, z. Th. verschwunden, z. Th. atrophisch; desgleichen waren die feinen Fasern daselbst geschwunden. Die Neuroglia war vermehrt, und an den sklerotischen Stellen war das daselbst neugebildete Bindegewebe nirgends in Zusammenhang auf den Fortsätzen der Pia mater. Von Gefässveränderungen waren Verdickung, Obliteration, lacunenartige Erweiterungen vorhanden. Otto.

---

172) **Louis Jacobsohn** (Berlin): Ein Fall von partieller Doppelbildung und Heterotopie des Rückenmarks.

(Neurol. Centralbl., 15. Jan. 1891.)

Die bisher bekannten von Kronthal zusammengestellten 12 Fälle von Heterotopie des Rückenmarks werden durch J. um einen Fall vermehrt.

Bei der Untersuchung des Rückenmarks eines an Myelitis transversa ascendens gestorbenen 55jährigen Mannes zeigte sich die äusserlich auffallende voluminösere Lumbalanschwellung bedingt durch eine Doppelbildung. Auf der linken Seite des an dieser Stelle sonst intact scheinenden Rückenmarks fand sich ein zweites, durch loses Bindegewebe mit dem Lumbalmark zusammenhängendes, an Umfang etwa 4mal so kleines Gebilde, welches sich nach oben zu in das Rückenmark verlor, während es nach unten, getrennt von demselben, sehr rasch in eine dünne Spitze auslief. Auf dem Schnitt durch den unteren Theil des Lumbalmarks zeigte sich dasselbe zusammengesetzt zum grössten Theil aus weisser, zum kleineren aus grauer Substanz, welche letztere einen bandförmigen Streifen an der hinteren Abtheilung bildete und sehr spärliche, verkümmerte Ganglienzellen von der Art der Hinterhörnerzellen enthielt, während in der weissen Substanz schwerer und leichter degenerirte Stellen mit normalen wechselten. Schnitte aus dem nächsthöheren Stück zeigten die beiden Substanzen in continuirlichem Zusammenhang mit der entsprechenden Substanz des Rückenmarks. Während weiter hinauf im Lumbalmark die mikroskopische Untersuchung zunächst nur eine ausserordentliche Erweichung und Zerklüftung der grauen und weissen Substanz ergab, welche die seltsamsten Formen des Rückenmarksquerschnitts hervorrief, bot sich beim Aufhören der Doppelbildung oberhalb des Lumbalmarks neben myelitischen Veränderungen eine eigenthümliche Heterotopie der grauen Substanz dar, welche in grösserem oder geringerem Grade und mit mehr oder weniger bizarren Formen bis in's Halsmark hinaufging. Das Nähere muss im Original nachgesehen werden, welches durch eine Menge anschaulicher Abbildungen erläutert wird.

Die Missbildungen haben im Leben keine Symptome hervorgerufen.

Hoppe (Allenberg).

---

173) **W. Niessen.** Ischämische Muskellähmung und Muskelcontractur in Verbindung mit Sensibilitätsstörungen.

(S.-A. aus der Dtsch. Med. Wochenschr. 1890. Nr. 35.)

Nach Volkmann und Lesser rühren die schweren Contracturen der Hand nach Anlegung zu fester Verbände an dem Vorderarm nicht von einer primären Nervenläsion her, sondern sind wahrscheinlich auf einen entzündlichen Vorgang in den Muskeln zurückzuführen, der seine Ursache in einer hochgradigen Ernährungsstörung durch Abschluss der Circulation habe. Wie aber schon Sonnenkalb 1887 einen Fall mittheilte, bei welchem nach einer Fractur durch Druck des Verbandes neben der ischämischen Lähmung und Contractur der Muskeln Störungen von Seiten der Nerven nachzuweisen waren, so ist auch N. in der vorliegenden Publication in der Lage, über zwei Fälle zu berichten, wo die sensiblen Nerven in Mitleidenschaft gezogen waren.

Bei einer 34jährigen Frau, die einen Bruch des linken Proc. styloid. radii erlitten hatte, trat bald nach Anlegung des Gypsverbandes unter zunehmenden Schmerzen eine Schwellung der Hand auf; bei Abnahme des Verbandes standen die kaum noch zu bewegenden Finger in Krallenstellung. 10 Wochen später war die Muskulatur des Vorderarmes, der Hand und der Finger atrophisch und bedeutend härter als rechts, die Hand und der dritte bis fünfte Finger flectirt, die Bewegungen im Handgelenk nur wenig, in

den Phalangen der Finger gar nicht ausführbar. Subjectiv bestand taubes Gefühl und Gefühllosigkeit in den Fingern. Tasteindrücke und Schmerzen wurden im Gebiet des N. ulnaris weder am Handrücken noch an der Vola empfunden. Nach einer 6wöchentlichen Behandlung mit Massage (an Vorderarm und Hand), passiven Bewegungen (an Hand- und Fingergelenken), Elektrisiren und warmen Armbädern besserte sich sowohl die Bewegungsfähigkeit als die Sensibilität ganz bedeutend, und nach weiteren 6 Wochen waren die Störungen fast ganz geschwunden.

Der zweite Fall betraf einen 10jährigen Gymnasiasten, welcher eine Abrissfractur der unteren Epiphyse des linken Oberarmes erlitten hatte. Nach Abnahme des Verbandes am dritten Tage wegen unerträglicher Schmerzen war der Vorderarm angeschwollen und äusserst schmerzhaft, die Finger in unbeweglicher Krallenstellung. Bei Beginn der Behandlung zeigten sich ausserdem Contractionen im Ellenbogen und Handgelenk. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln von den Nerven aus war erhalten, wenn auch vermindert, dagegen bestand in der ganzen Hand, besonders in den vom N. ulnaris versorgten Partien Anästhesie für leichte Tasteindrücke und bedeutende Herabsetzung der Schmerzempfindung für starke elektrische Reize. Behandlung dieselbe; deutliche Besserung während der Dauer der Beobachtung.

Hoppe.

---

174) Stud. med. **Pineles**: Die Degeneration der Kehlkopfmuskeln beim Pferde nach Durchschneidung des Nervus laryngeus superior und inferior.

(Archiv für d. ges. Physiol. Bd. XLVIII.)

Moeller hatte die sonderbare Thatsache festgestellt, dass nach Durchschneidung des beim Pferde nur sensible Fasern führenden N. laryngeus superior eine Atrophie sämmtlicher Kehlkopfmuskeln der betreffenden Seite auftrat. Exner zeigte dann, dass die *Reizung* des *oberen* Kehlkopfnerven keine Muskelaction auslöst, dass jedoch eine *Durchschneidung* desselben eine Lähmung der Kehlkopfmuskeln zur Folge hat. Verf. hat auf Exner's Veranlassung die mikroskopische Untersuchung der Muskeln des Kehlkopfes nach Durchschneidung des oberen und nach Durchschneidung des unteren N. laryngeus vorgenommen und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen: Die Excision des oberen Kehlkopfnerven ruft theils eine Quellung, theils eine Schrumpfung der Muskelfasern hervor. Im letzteren Falle fanden sich die Muskelkerne an manchen Stellen auffallend vermehrt. Neben diesen an der Innenseite des Sarcolemma gelegenen Kernen fanden sich auf Querschnitten im Innern der contractilen Substanz kernartige Gebilde, welche von rundlicher Gestalt waren, sich mit Haematoxylin intensiv blau färbten und einen lichten, ziemlich schmalen Hof hatten. Der letztere geht ohne scharfe Grenze in die quergestreifte Substanz über, während der Kern sich deutlich von seinem Hof abhebt.

Die Excision des unteren Kehlkopfnerven ruft eine viel gleichmässigere Atrophie der Muskelsubstanz hervor. Die Quellung der Fasern fehlt ganz, ebenso fehlten die oben beschriebenen Kerne mit lichtem Hof. Dagegen war das interstitielle Bindegewebe in mächtige Wucherung gerathen. Im Ganzen war jedoch die Verschmächtigung der Muskelsubstanz keine so grosse wie nach Excision des oberen N. laryngeus.

Verfasser schliesst daraus: Die Veränderungen der Kehlkopfmuskeln

im ersten Falle entsprechen also ungefähr dem Bilde, wie es Erb für die Dystrophia muscularis progressiva gegeben hat. Die erwähnten Kerne mit dem lichten Hof inmitten der contractilen Substanz entsprechen vielleicht den von Hitzig dabei beschriebenen Vacuolen. Die im zweiten Fall dagegen eingetretene Veränderung ist eine Atrophie, wie sie nach Durchschneidung gemischter Nerven aufzutreten pflegt und wie sie zuletzt von Krauss in Virchow's Archiv beschrieben worden ist. Peltesohn.

---

175) **W. Salomonson.** Ueber das Fehlen der Patellarreflexe bei diabetes mellitus. — Weekblad v. h. Neder. Tijdschrift voor Geneeskunde 1890.

Von verschiedenen Seiten ist häufig auf das Vorkommen von Störungen der motorischen Leistungen des Nervensystems bei Diabetes-Kranken hingewiesen worden. Diese Störungen können verschiedener Natur sein; Anästhesie, Hyperästhesie, Parästhesie, Neuralgie, Ataxie, Parese und Paralyse, Muskelschwäche und häufiges Ermüden und endlich fehlendes Kniephänomen.

Den ersten Fall theilte Bouchard mit (1884), bald darauf folgen die Mittheilungen von Rosenstein (1885), Maschka (1885), Pavy (1885) und anderen. Bouchard betrachtet das Fehlen der Reflexe als ein prognostisch ungünstiges Zeichen, was durch Rosenstein geläugnet wird. In der Statistik von Bouchard's Fällen — drei an der Zahl, — betrug die Mortalität bei den 70 Patienten mit erhaltenem Sehnenreflex nur 7,14 %, bei den übrigen dagegen 14,65% (Marie et Guinon 1886). In einem durch von Hösslin mitgetheilten Fall (1886) brachten Galvanisation, Diät u. s. w. erhebliche Besserung in den Zustand des Patienten, sogar das Kniephänomen fand sich wieder ein. Das zeitweise Fehlen des Kniephänomens mit späterer Wiederkehr wurde durch Thomas F. Raven (1887) beobachtet, während John Brown (1887) permanentes Fehlen desselben constatirte. Bei einer grossen Zahl von Diabetes-Kranken schien das Kniephänomen zu fehlen oder wenigstens nur ganz schwach — nach Maschka in der Hälfte der Fälle, unter den Bouchard'schen Fällen 41mal — vorhanden zu sein. Bouchard liess sich über die Pathogenese dieses Symptoms nicht weiter aus, sondern stellte es nur als Beweis für den nervösen Ursprung der Diabetes hin. Rosenstein hielt es für eine functionelle Störung, von Hösslin als Folge einer peripheren Neuritis, Pryse (1887) in einem Fall von Diabetes mit ataktischen Symptomen als Folge von diabetischer Intoxication. Durch Auerbach wurde das bestimmt geläugnet, von Th. Buzzard angenommen. S. theilt nun den Fall einer 18jährigen Diabetica mit, bei der das Kniephänomen beiderseits constant fehlte und auf keine Weise hervorzurufen war, weder zu der Zeit, wo der Urin viel Zucker enthält, noch während der zuckerfreien Zeit. Aus der Anamnese ging hervor, dass dieses Leiden sich relativ schnell entwickelt hatte. Anfangs klagte Patient viel über schiessende Schmerzen in den Beinen und Waden, auch bestanden Parästhesien und Spuren von Ataxie. Die Muskelkraft der unteren Extremitäten war augenscheinlich vermindert, verbunden mit einem Gefühl von Lahmheit, oberflächliche Reflexe etwas vermindert. Pupillenreaction normal, sensible Reizbarkeit, Gang normal, keine Blasen- oder Rectalstörungen. Starke Herabsetzung der indirecten Muskelreizbarkeit für galvanische und faradische Ströme. Verminderte und veränderte directe galvanische Reizbarkeit zugleich mit qualitativer Contractionsveränderung, und veränderte Reactionsformel

für den M. extensor digit. comm. und M. soleus; bei beiden Muskeln beiderseits An. S. Z. viel stärker als Kat. S. Z., und tritt überdies schon bei einer Stromstärke auf, wobei die Ka. S. Z. noch keine Contraction giebt. Alle diese Erscheinungen zusammengenommen beweisen nach der Ansicht des Verf. das Vorhandensein einer polyneuritis peripherica. Auf das Vorkommen dieser Krankheit wiesen schon Ziemssen (1886), von Hösslin, Thomas und vor Allem Leyden (1885) hin. Diese unterschieden 3 Formen:

1) die hyperästhetische oder neuralgische Form gewöhnlich als Ischias, sonst als Trigeminus-Neuralgie, meist symmetrisch (Berger, Rosenstein), gewöhnlich mit grösserer oder geringerer Schwäche der unteren Extremitäten.

2) die motorische und paralytische Form, bei der das Kniephänomen fehlt, geringe Sensibilitätsstörungen und Muskelschwäche und Schlaffheit auftritt.

3) die ataktische Form (Pseudotabes von Leval-Pecquechef) mit fehlendem Kniephänomen, unvermindeter Muskelkraft, bedeutenden Sensibilitätsstörungen. Diese bestehen gewöhnlich in Neuralgien von geringer Intensität, während Anästhesie, Hyperästhesie und Ataxie gewöhnlich fehlen. Die Differentialdiagnose zwischen der ataktischen Form und echter Tabes dorsalis kann, wenigstens wenn Myosis, reflectorische Pupillen, Steifheit, gastrische und andere Krisen, Blasen- und Rectalstörungen fehlen, nach Ansicht des Verf. dann nur auf die Abwesenheit von Glycosurie gegründet werden. Im Gegensatz zu Leyden und Rosenstein hält S. die diabetische Neuritis für eine toxische. Zwar ist dieses Symptom abhängig von dem Vorhandensein von Aceton, Diozetsäure und $\beta$ Oxybuttersäure (Rosenstein) im Urin, und kommt auch bei zuckerarmem Urin vor (Leyden), doch das beweist nicht, dass früher keine causa nocens eingewirkt haben kann. Die Neigung zu Restitutio ad integrum ist doch bei dem Diabeticus sicherlich auch für das Nervensystem minimal. Wir müssen also annehmen, dass die einmal bestehenden Veränderungen der peripheren Nerven, selbst oblata causa, erst nach geraumer Zeit verschwinden können. Ueberdies besteht eine frappirende Analogie mit anderen toxischen Neuritiden in Folge von Blei, Arsenik, Quecksilber, Ergotin und vor Allem Alkoholvergiftungen.

Als toxisches Agens weist S. auf pathologische oder quantitativ abnorme Stoffwechselproducte, besonders auf die Glycose hin. In dem verschieden grossen Ausscheidungsvermögen des Organismus ist vielleicht der Grund dafür zu finden, dass bei dem einen Diabetiker Neuritis entsteht und bei dem andern nicht. In dem mitgetheilten Fall schien der Gebrauch von Syzygium jambolanum keinen Einfluss auf den Krankheitsprocess auszuüben.

I. van Deventer (Amsterdam).

---

176) **Chas. Henry Brown** (New-York): Two cases of Friedreich's disease: (The journal of nervous and mental disease. Oct. 1890.)

Verf. beschreibt zwei interessante Fälle von Friedreich'scher Krankheit und macht dieselbe zum Ausgangspunkt einer kurzen Besprechung des gesammten Krankheitsbildes. Die beiden Fälle sind bis jetzt noch nicht zur Section gelangt.

Strauscheid.

---

177) **Massalongo**: Paralisi dissociata del nervo sciatico popliteo externo. (Peroneuslähmung nach Influenza.) (Riforma Medica, August 1890.)

Bei einem Handlungsgehilfen stellt sich nach der Influenza eine „dissociirte Lähmung" im Peroneus-Gebiet ein; betheiligt sind durch Atrophie die Mm. peronei, der Extensor hallucis brevis und Ext. digitorum communis, frei dagegen der Tibialis anticus, so dass also einzelne Muskeläste sowohl der N. peron. superf., wie des Peron. prof. betroffen sind. M. nimmt eine periphere, durch Influenza bedingte Neuritis an. Kurella.

---

178) **Homén** (Helsingsfors). Neuritis efter Influenza (Neuritis nach Influenza). (Finska Läkaresällskapets Handl. Band 32. H. 12.)

Nachdem der Verf. die verschiedenen, nach der Influenza auftretenden Störungen des Nervensystems besprochen hat, geht er zu der Mittheilung eines von ihm beobachteten Falles von multipler Neuritis nach Influenza über. Patient war ein 29jähriger Mann aus Süd-Finnland, der Anfangs des Jahres 1890 sich an einem von der Influenza stark heimgesuchten Ort aufhielt, und auch an der typischen Form derselben erkrankte. Während der Reconvalescenz stellte sich eine gewisse Schwäche und Taubheit im rechten Arm ein, und eine Woche später zeigten sich dieselben Symptome auch im rechten Bein. Drei Wochen darauf begann die rechte Schulter und der rechte Oberarm atrophisch zu werden, ebenso die linke Hand, der linke Arm und das linke Bein. Die Schwäche dieser Organe nahm während 4—6 Wochen zu, und blieb darauf stationär. Patient fühlte leichte Schmerzen in den Füssen und Beinen bis zum Knie, Taubheitsgefühl und Herabsetzung des Tastsinnes in den Händen, Füssen, Beinen und zum Theil auch in den Armen. Der Gesichtssinn normal ausser einer Woche im Frühjahr, wo Sehstörungen beobachtet wurden.

Bei der Aufnahme in das Krankenhaus constatirte Verf. links herabgesetzte Muskelkraft, die Muskeln der Extremitäten und die oberen Rumpfmuskeln schlaff und atrophisch, Sensibilitätsverminderung in den atrophischen Theilen, Druckempfindlichkeit einzelner Nerven, schwankender, unsicherer Gang. Verf. glaubt eine multiple Neuritis mit verhältnissmässig langsamer Entwicklung annehmen zu müssen, wofür die Art der Atrophie und ihre grosse Ausdehnung, die durch Druck hervorgerufenen Schmerzen in einzelnen Nerven und die Sensibilitätsveränderungen sprechen.

Der zweite mitgetheilte Fall betrifft den Bruder des obengenannten Patienten, einen 39jährigen Mann, der im Januar 1890 eine schwere Influenza mit darauffolgender langwieriger Pneumonie durchmachte. Acht Tage vor seiner Aufnahme (29. September) stellte sich unter allgemeinen fieberhaften Erscheinungen Taubheit des linken Arms ein, die fortdauerte während eines zweiwöchentlichen Fiebers mit unbestimmten Allgemeinerscheinungen.

Bei der Aufnahme in das Hospital: Totale Parese des linken Arms, Armmuskeln schlaff und atrophisch mit mehr oder weniger vollständiger Entartungsreaction. Nerven und Muskeln druckempfindlich. H. sieht in der Affection des linken Arms eine Neuritis, lässt aber die Frage offen, ob die damit verbundenen febrilen Erscheinungen als Influenza anzusprechen sind oder als die, eine multiple Neuritis begleitenden Allgemeinerscheinungen. Gegen letztere Annahme spricht die Localisation auf die eine Extremität.

Kurella.

179) Dr. **E. Remak:** Alternirende Scoliose bei Ischias.
(Deutsche Med. Wochenschr. 1891, Nro. 7.)

Nach den Angaben deutscher und besonders französischer Autoren bildet sich bei schwerer, länger dauernder Ischias eine Deformität der Wirbelsäule aus, welche wesentlich in einer Lendenwirbelscoliosis mit der Convexität nach dem kranken Bein besteht. Dieselbe kommt dadurch zu Stande, dass der Schwerpunkt des Körpers, um das schmerzhafte Glied zu entlasten, nach der gesunden Seite verlegt und darum die Lendenwirbelsäule nach derselben geneigt wird. Brissaud hat nun auf Fälle aufmerksam gemacht, bei denen der Rumpf der obigen Regel zuwider nach der kranken Seite geneigt ist. Er nimmt zur Erklärung dieser Erscheinung eine besondere spasmodische Form der Ischias mit Betheiligung des Plex. lumbal. an. R. beschreibt einen Patienten mit linksseitiger typischer Ischias, der eine sehr deutliche Scoliose der Lendenwirbelsäule mit der Convexität nach links darbietet. Patient muss stark nach rechts geneigt gehen. Da ihm dies sehr unangenehm war, so bekam er bei der Probe, ob er nicht auch anders gehen könnte, heraus, dass er durch eine vorsichtige, wenn auch schmerzhafte Drehung der Lendenwirbelsäule auch nach der linken Seite geneigt gehen konnte. Es besteht dann eine Scoliose der Wirbelsäule mit der Convexität nach der gesunden Seite. Patient hat auch in dieser Stellung Erleichterung seiner Schmerzen. R. nimmt an, dass also in beiden Scoliosenstellungen mechanische Bedingungen gegeben sein müssen, um einigermassen das schmerzhafte Glied von dem Körpergewicht zu entlasten, und dass es nicht nöthig sei, stets eine besondere spasmodische Form der Ischias für die einschlägigen Fälle anzunehmen.

Bielschowsky (Breslau).

---

180) **Christian A. Herter** (New-York): A contribution to the pathology of solitary tubercle of the spinal cord.
(The journal of nervous and mental diesease. Oct. 1890.)

Verf. beschreibt 3 Fälle von Solitärtuberkeln im Rückenmarke und bespricht dann unter Hinzuziehung der in der Literatur niedergelegten Erfahrung die Symptomatologie dieser Erkrankung. Die 3 mitgetheilten Krankengeschichten sind leider nicht besonders vollständig und sorgfältig. Als wesentliche Unterscheidungsmerkmale gegenüber anderweitiger Tumoren des Rückenmarkes oder dessen Häuten gelten dem Verf. für die Solitärtuberkel einmal die rasche Entwicklung, die Schnelligkeit, mit welcher die anfangs einseitigen Symptome auf die andere Seite übergreifen, die relativ geringe Bedeutung der Reizerscheinungen und das constante Vorkommen von tuberkulösen Affectionen in anderen Organen des Körpers. Die Lage der Solitärtuberkel vertheilt sich nahezu gleichmässig über die ganze Ausdehnung des Rückenmarkes. Secundäre Degeneration scheint noch öfter zu fehlen als vorhanden zu sein; vielleicht ist das rasche Wachsthum der Tuberkel die Hauptursache hiervon. Meist ist nur ein Solitärtuberkel im Rückenmarke vorhanden, doch kommen auch mehrere vor. Häufig besteht gleichzeitige tuberkulöse Meningitis. Strauscheid.

---

181) Dr. **Heinrich Hochhaus**: Zur Kenntniss des Rückenmarksgliom.
(Deutsch. Arch. f. Klin. Med., Bd. 47 p. 601.)

Ein bis dahin gesunder Mann erkrankt ohne nachweisbare Ursache im August 1889 an einer Schwäche und Abmagerung des rechten Armes, die sich in dem folgenden Monat nur wenig steigert. Ende September tritt plötzlich eine Lähmung fast der gesammten Körpermuskulatur (incl. der Respirationsmuskeln) auf und zugleich rasch fortschreitende Atrophie. Sensibilität überall deutlich herabgesetzt; einzelne Muskeln zeigen Ea R und fibrilläre Zuckungen. Exit. letal. Mitte October. Section: Gliom des Halsmarks in der Höhe des dritten Cervicalnerven. Besonders bemerkenswerth an diesem Fall ist der rapide Muskelschwund innerhalb weniger Wochen und die apoplectiform auftretende Gesammtlähmung zwei Wochen vor dem Tode. Bielschowsky (Breslau).

---

182) **E. A. Homén** (Helsingfors). Bidrag til kännedomen om Hemiatrophia facialis samt Nervi trigemini ursprung (Beitrag zur Kenntniss der halbseitigen Gesichtsatrophie und des Ursprungs des Nervus trigeminus).
(Commentationes variae in memoriam actorum CCL annorum Univ. Helsingforensis V. p. 35—61. Helsingfors 1890.)

Der von M. Mendel (Neurol. Centralbl. 1888 Nr. 14) veröffentlichte Fall von progressiver halbseitiger Gesichtslähmung ist bis heut der einzige, der einen vollständigen Sectionsbefund bringt. Verf. berichtet einen verhältnissmässig acuten Fall dieser Krankheit mit tödtlichem Ausgang; durch Section und mikroskopische Untersuchung wurde der pathologische Process klargelegt, und zugleich die interessanten Thatsachen betreffend die Trigeminuswurzeln. Patient war ein 39jähriger Mann aus Ostfinnland, erblich nicht belastet Erst 6 Monate vor seinem Tode constatirte man Gesichtslähmung, bei der Patient Schmerzen und Kältegefühl in der linken Gesichtshälfte und zugleich heftige Zahnschmerzen hatte. Es bestand Atrophie in der linken Gesichtshälfte und dem vorderen Theil der entsprechenden Zungenhälfte, totale Anästhesie der ganzen linken Trigeminusregion, Atrophie und Paralyse der Kaumuskeln derselben Seite; Lähmung der linken Augenmuskeln, Steifheit und Schwerbeweglichkeit der übrigen Muskeln der linken Gesichtshälfte, Ulceration des inneren und äusseren Theiles der linken Hornhaut.

Die Autopsie ergab: an der Schädelbasis (im inneren Theil der linken Schädelgrube), von der dura ausgehend, einen 4—4½ cm langen, 3 cm breiten und 1—2 cm dicken Tumor, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Endotheliom erwies, der die Dura theilweise überschritten, den darunter liegenden Knochen angegriffen und das Ganglion Gasseri, sowie den N. trigeminus — in dessen Scheide er zum Theil eingedrungen war — comprimirt und platt gedrückt, und überdies die nach der Augenhöhle führenden motorischen Nerven berührt hatte.

Die ganze linke Gesichtshälfte war leicht atrophisch, besonders die Wange sah etwas hohl und eingefallen aus, auch die Haut schien dünner, und das subcutane adipöse Gewebe weniger reichlich als auf der rechten Seite. Die darunter liegenden Muskeln, ganz besonders der M. masseter und temporalis, waren stark atrophisch, ebenso die linke Zungenhälfte, besonders in ihrem hinteren Drittel. Auf der linken, ein wenig trüben Hornhaut eine kleine Ulceration dicht unterhalb des Mittelpunkts. Zum Zweck der Ver-

gleichung wurden mikroskopische Präparate von dem N. trigeminus und vielen seiner Verzweigungen sowohl von der gesunden als von der kranken Gesichtshälfte gemacht — theils mit Osmiumssäure behandelt, und zuletzt mit Picrocarmin gefärbt, theils in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet. Ueberall zeigte sich sehr fortgeschrittene Degeneration. Der Querschnitt aller in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten Präparate enthielt nur wenige isolirte Fasern von ungefähr normalem Aussehen, während die meisten eine granulöse Degeneration zeigten, die oft den ganzen Durchschnitt einer Faser einnahm. Dieselbe, mehr oder weniger stark ausgeprägte Veränderung zeigte sich auch in den Oculomotorius-Nerven und in den linken Nervi abduceus und trochlearis. Von den Muskeln zeigten der M. masseter, M. temporalis und M. pterygoideus internus bedeutende Atrophie. Zum Zweck der Untersuchung des Trigeminusursprungs wurden 650 Schnitte von durchschnittlich 0,03 mm Dicke hergestellt, und ungefähr die Hälfte davon untersucht. Daneben wurden auch aus dem ersten Cervical-Segment Schnitte gemacht. Man traf zuerst die absteigende Trigeminuswurzel und fand in ihrem ganzen Verlauf einen, wenn auch nicht sehr starken, doch deutlich erkennbaren Unterschied zwischen beiden Seiten, der mit der grösseren Dicke der Wurzel zunahm. Die Fasern der linken Seite waren dünner, und es zeigten sich hier ausserdem noch eine verhältnissmässig grosse Zahl ausserordentlich feiner Fasern. Die Conturen der ganzen Fasern sowohl, als ihrer verschiedenen Theile waren linkerseits nicht immer so scharf als rechts, und zeigten sogar stellenweise granulöse Degeneration.

Nach derselben Methode wurden auch die motorischen und sensiblen Kerne des Trigeminus untersucht. In den motorischen Kernen der beiden Seiten fand man keinen Unterschied, jedoch schienen die sehr zahlreichen Zellen des sensiblen Kerns auf der linken Seite etwas vermindert.

Die Kleinhirnwurzel, die sich mit der dicken Trigeminuswurzel verbindet, schien auf der linken Seite etwas schmäler als rechts, und in den Hämatoxylinpräparaten zeigte sich die linke Wurzel nicht so tiefschwarz, wie die rechte, sondern vielmehr von gelblich-grauer Farbe, und die einzelnen Fasern hoben sich weniger bestimmt von einander ab.

Im Stamm des Trigeminus ist der Unterschied zwischen den beiden Seiten scharf markirt, besonders bei Hämatoxylinpräparaten. Die Fasern der linken Seite, aber besonders, ja fast ausschliesslich die sensiblen Fasern sind nicht so tief schwarz, als die der rechten, sondern graugelb und weniger scharf markirt.

Die bei weitem bedeutendsten Veränderungen findet man in der aufsteigenden Trigeminuswurzel, sie zeigen sich mit fast derselben Deutlichkeit in ihrem ganzen Verlauf. In den Hämatoxylinpräparaten ist der, anfangs ovale, später halbmondförmige Fleck, der diese Wurzel bedeutet, rechts schwärzlich, links von leicht-gelblich-grauer Farbe; die Wurzel ist auch links dünner als rechts. Bei der mikroskopischen Untersuchung von Hämatoxylinpräparaten fand man links ausserordentlich dünne Fasern, die nur wie schwarze Punkte erschienen; stellenweise bildete das Ganze nur eine gelbliche oder graue Masse, in der nur hin und wieder einzelne feine Fasern sichtbar waren. In den Kernen des Oculomotorius, facialis und Hypoglossus konnte man keine merklichen Veränderungen constatiren, ebensowenig wie in dem centralen Verlauf der aus ihnen hervorgehenden Fasern. —

Es ist dies ein Fall, der sich in seinem Verlauf von der typischen

Form der halbseitigen Gesichtslähmung entfernt, so zu sagen ein acuter Fall, und wir müssen in ihm einen Beweis für die Annahme sehen, dass diese trophische Neurose durch eine Affection der Trigeminusnerven verursacht wird. In dem hier berichteten Fall bildete ohne Zweifel der durch den Tumor auf den Trigeminus ausgeübte Druck die Ursache der Affection. Es ist dies der erste Fall, in dem Degeneration des aufsteigenden Zweiges und der vom Kleinhirn ausgehenden Wurzel beobachtet wurde.

Den Schluss bildet eine Anwendung der Resultate, zu denen der Verf. durch seine experimentellen Untersuchungen über Veränderungen des Nervensystems nach Amputationen gelangt ist, um, ausgehend von den verschiedenen, auf Degeneration beruhenden Läsionen der Trigeminuswurzel, Schlüsse auf die motorische oder sensible Natur dieser Wurzeln ziehen zu können.

In den amputirten Stümpfen ist der atrophische Process auf die sensiblen Fasern beschränkt und breitet sich längs derselben bis zu den nervösen Centren aus, während die motorischen Fasern keine merkliche Veränderung zeigen. Man muss sich allerdings daran erinnern, dass bei den amputirten Nerven die einfache Atrophie vorherrscht, die Degeneration aber erst in zweiter Linie kommt, während hier bei dem Trigeminus und seinen Verzweigungen das Gegentheil der Fall ist. Immerhin kann man aber, zum Theil wenigstens, dieselben Principien darauf anwenden, weil die Degeneration des Trigeminus während seines Verlaufs in der Protuberanz hauptsächlich auf seinen sensiblen Theil beschränkt war. Von diesem Gesichtspunkt aus würde die sehr vorgeschrittene Degeneration der aufsteigenden Wurzel auf's Klarste die sensible Natur derselben beweisen; auch kann man annehmen, dass die aus dem Kleinhirn kommende Wurzel wenigstens zum grössten Theil sensible Fasern enthält. Andrerseits kann man aus der Thatsache, dass die absteigende Wurzel so wenig verändert war, den Schluss ziehen, dass sie, theilweise wenigstens, motorischer, vielleicht trophischer Natur ist. Die Degeneration einiger isolirter Fasern im N. facialis lässt sich durch die Fasern erklären, die der N. facialis von dem N. petrosus superfacialis erhält. Kurella.

---

183) **Charles L. Dana** (New York): The Reality of Rabies. (Vortrag in der New York Academy of Medicine, 16. Oct. 1890.)

(The Med. Rec., 3. Januar 1891.)

Verf. stellt auf Grund der bekannten klinischen und experimentellen Erfahrungen folgende Sätze auf: 1) Die Hundswuth ist eine specifische einimpfbare Krankheit nicht nur gewisser Thiere, sondern auch des Menschen. 2) Das Vorhandensein derselben in einem gegebenen Falle kann sicher dadurch nachgewiesen werden, dass man Kaninchen etwas Nervengewebe des erkrankten Thieres subdural beibringt. 3) Die bei ihr am häufigsten gefundenen anatomischen Veränderungen bestehen in einer multiplen focalen Entzündung des Rückenmarks und der Medull. oblong., in geringerem Maasse auch des Gehirns; doch werden dieselben nur da gefunden, wo die Krankheitsdauer eine längere war. 4) Die paralytische Form kann auch beim Menschen vorkommen; sie gleicht dann einigermaassen der Landry'schen Paralyse. 5) Das Wuthgift sitzt hauptsächlich in den Nervencentren und kann bestimmt wirksam gemacht werden durch Uebertragung auf Kaninchen. 6) Hunde und andere Thiere können durch Schutzimpfung vor

der Hundswuth bewahrt werden. 7) Die sogenannte falsche Hundswuth ist selten, nicht tödtlich und leicht von der echten zu unterscheiden.

Otto.

---

184) **Landon Carter Gray** (New York): Hydrophobia — its clinical aspect. (Vortrag in der New-York Acad. of medic. 16. Oct. 1890.)

(The Medic. Rec. 3. Januar 1891.)

Verf. kommt bei der Besprechung, ob es eine Rabies als specifische Erkrankung gebe oder nicht, zu dem Schlusse, dass oft Irrthümer bei der Diagnose von Rabies und Hydrophobie vorgekommen sind (einfache eitrige Meningitis und Meningo-Enceph. z. B. können ähnliche Symptome hervorrufen), dass aber an dem, wenn auch seltenen Vorkommen (im Staate New-York!) echter Tollwuth nicht zu zweifeln sei. Im Uebrigen sei Dana's Ansicht, falsche Hundswuth könne nicht tödtlich sein, nicht richtig (Shok etc.). — Des Weiteren giebt Verf. eine Symptomenfolge der Erkrankung beim Hunde und Menschen.

Die an diese beiden Vorträge (in der New-York Academy of medicine, Sitzung vom 16. Oct. 1890) sich anschliessende Discussion zeigte nach Cartes Gray's Schlusswort 1) dass man unter der allgemeinen Bezeichnung Rabies nicht eine einzelne Krankheit, sondern mehrere zu verstehen habe, die wahrscheinlich verschiedenen Mikro-Organismen ihre Entstehung verdankten; 2) dass diese Erkrankung im Thierreiche weit häufiger vorkomme, als eine ähnliche Krankheit, die Hydrophobie beim Menschen (Ernst und Andere tadeln beiläufig den Ausdruck Hydrophobie, da nicht der Anblick des Wassers an sich, sondern die Angst, irgend etwas schlucken zu müssen, die Anfälle hervorrufe); 3) dass diese Erkrankung in New-York sehr selten sei, während Pseudo-Hydrophobie öfter vorkomme; 4) dass über den wirklichen Werth der Pasteur'schen Impfungen unter den Aerzten der Akademie eine grosse Meinungsverschiedenheit herrsche u. s. w. Otto.

---

185) **Bourneville et Sollier**: Trois nouvelles observations d'hystéro-épilepsie chez les jeunes garçons. (Une famille d'hystériques.)

(Arch. de Neurologie. Nr. 54. 55.)

Die Beobachtungen von 3 Brüdern (19, 11 und 9 Jahre alt) und deren 2 Schwestern (25 und 16 Jahre alt) erstrecken sich über eine Reihe von Jahren. Es bestand schwere Belastung von Seiten beider Eltern. Der 19jährige Jüngling hatte in der ersten Lebenszeit Schreianfälle, im 11. Jahre schweren Typhus mit nervösen Erscheinungen, im 13. bekam er Kopfschmerz, Hallucinationen, somnambule Zustände, 2 Jahre später grosse hystero-epileptische Anfälle u. s. w. Der 11jährige Bruder hatte Angstzustände, schreckhafte Hallucinationen, Anfälle von heftigen Zuckungen. Nach der Besserung blieb eine abnorme Reizbarkeit bestehen. Der 9jährige Bruder bekam plötzlich eigenthümliche Anfälle, in denen er auf den Händen zu marschiren und zu beissen suchte, mit nachheriger Erinnerung an das Vorgefallene. Er wurde furchtsam. Schmerzpunkt in der Seite des Unterleibs. Später bestand Nachts Zittern in verschiedenen Körpertheilen.

Otto.

---

186) **Sérieux**: Choc nerveux local et hystéro-traumatisme.
(Arch. de Neurologie 1890. Nr. 59.)

Die mitgetheilte Beobachtung steht zwischen den Fällen von Choc nerveux local und Hystéro-traumatisme. Sie betrifft ein 25jähriges, nicht belastetes, nicht nervöses Mädchen, welches durch eine Haarnadel eine Verletzung am Handrücken im ersten Intercostalraum erlitt. Ausser Hyperästhesie um die Wunde bestand nach der Verletzung Anästhesie an der Rücken- und der Unterfläche der Hand, welche sich später peripherisch und central etwas weiter ausdehnte, während die Hand gelähmt war. Sonstige hysterische Zeichen waren nicht vorhanden. Nachdem zu Ende der ersten 25 Stunden die sensible Störung den ganzen Vorderarm befallen, verschwand sie gänzlich nach weiteren 24 Stunden, ohne dass sich auch späterhin irgend welche hysterische Erscheinungen anschlossen. Otto.

---

187) **Grasset** (Montpellier): Leçons sur un cas de maladie des tics et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres gauches.
(Arch. de Neurologie 1890. Nr. 58. 59.)

1) Bei einem 19jährigen Mädchen, welches, sonst ohne Belastung, im 15. Jahre Tic convulsif, dann Parese und Spasmus des rechten Beines gehabt hatte, traten eigenthümliche Bewegungen auf sowohl in der Ruhe als auch sonst, nur nicht im Schlaf. Es wurde der Kopf nach vorne gebeugt oder zurückgeworfen oder die rechte Schulter hochgehoben. Verf., Chorea etc. ausschliessend, reiht diesen Fall den von Gille de la Tourette und Guinon beschriebenen Fällen von Maladie des tics an. Die besonderen Eigenthümlichkeiten des vorliegenden Falles liegen in dem Fehlen jeglicher psychischer Erscheinungen und in dem Vorhandensein der Affection des einen Beines.

2) 30jährige Person, von einem jähzornigen Vater abstammend. Im 15. Lebensjahr Kopfschmerz und linksseitige Hemiparese; letztere verlor sich bis auf eine Schwäche und Neigung zu Zittern. Vor 3 Jahren traten fortdauernde Oscillationen des Kopfes mit rhythmischen Bewegungen einzelner Muskeln desselben (Stirn, Augenbrauen) und der Extremitäten auf. Ausserdem waren hysterische Stigmate vorhanden. Während die Bewegungen des Kopfes fortwährend bestanden, abgesehen von Ruhe und Rückenlage, traten die Erscheinungen an den Extremitäten nicht während der Ruhe auf, wohl aber schon bei Muskelcontraction ohne Deplacement. Es war in dem Zittern Aehnlichkeit mit dem senilen Zittern vorhanden, das übrigens nach Verf. nicht als dem senium allein zukommend, sondern als eine besondere Neurose aufgefasst wird. Es liegt vielleicht nur ein hysterisches Zittern in der Form des senilen vor; andererseits lässt sich die Annahme nicht von der Hand weisen, dass ausser der Hysterie eine organische Läsion besteht.
Otto.

---

188) **P. K. Pel** (Amsterdam): Ein Fall von Akromegalis in Folge von Schreck. (Berl. Kl. Wochenschr. 1891. Nr. 3.)

Ein früher kerngesundes, blühendes, erblich nicht belastetes 25jähriges Dienstmädchen trifft zur Zeit der Menstruation ein heftiges psychisches Trauma (Schreck in Folge eines Falles von der Treppe im Dunkeln, ver-

bunden mit der Angst, von einem zufällig vorübergehenden Manne, der ihr aufhelfen will, angefallen zu sein). Vom Augenblick an ist das Mädchen krank und die Menses sistiren. Zunächst allerhand neuralgische und rheumatische Schmerzen (Kopfschmerzen, zuweilen mit Erbrechen, Augen-, Ohren-Mund-, Gliederschmerzen), Parästhesien, besonders in den Finger- und Zehenspitzen, und erhöhte Lichtempfindlichkeit; Verschlimmerung aller Symptome nach der Nachricht von dem plötzlichen Tode ihres Bruders. Im Anschluss daran regelmässige Vergrösserungen der peripheren Körpertheile (Vergrösserung des Gesichtes, der Hände und Füsse), zunehmende psychische Depression, allgemeine Muskelschwäche, Appetitlosigkeit, grosser Durst, sehr reichliche Schweissabsonderung.

*Stat. praes.* Von mehr als gewöhnlicher Grösse (169 cm), ausserdem auffällig die Grösse und ungewöhnliche Form des Kopfes (längsovales Gesicht, sowie die Grösse der Hände und Vorderarme (ohne Deformation); der mento-occipitale Durchmesser 24½ cm, die Circumferenz über Kinn und Occiput 70 cm, Nase sowie Septum narium vergrössert und verbreitert, beide Lippen gross und breit, die Hände 20,5 cm lang (Mittelfinger 11 cm), die Füsse 25 resp. 24,5 cm; ausserdem Hypertrophie der Patellae, der Cristae ilei, der Claviculae und der Wirbelsäule. Muskeln schlaff, Gang schwerfällig, Hyperhydrosis generalis, Polydipsie ohne Polyurie, starke Depression, subjective Klagen über Schmerzen, allgemeine Mattigkeit, Lichtscheu, Thränen. Keine Hyperplasie der Schilddrüse oder des Thymus. — Bemerkenswerth ist in diesem Falle die Abwesenheit einer Hypertrophie an Ohren und Nägeln und jeder Difformität an Händen und Füssen, ausserdem die Aetiologie, als welche nur der Schreck angesehen werden kann, dessen Wirkung durch die gerade bestehenden Menses verstärkt sein mag.

Hoppe (Allenberg).

---

189) **Röhring** (Erlangen): Angina pectoris nach Influenza.
(Neurol. Centralbl. 1890. Nr. 15.)

Bei einem 33jährigen Feldwebel bildete sich nach einem Anfall von Influenza, der mit vorwiegenden Muskel- und Nervenschmerzen verbunden war und eine lang hingezogene Reconvalescenz zeigte, neben einer organischen Erkrankung des Herzmuskels (nutritive Dilatation) eine charakteristische Neurose des Herzens (Stenocardie) aus. Dieselbe machte sich durch Schmerzen in der linken Brustgegend, welche in die linke Brusthälfte und den linken Arm ausstrahlten, durch Ohnmachtsanwandlungen, durch bald stärkere, bald schwächere Athembeklemmungen und durch psychische Depression geltend.

Hoppe (Allenberg).

---

190) **J. B. Mattison** (Brooklyn, N.-Y.): Hypnal, the new nervine.
(The Medic. Rec. 3. Januar 1891.)

Hypnal, eine Combination gleicher Theile Chloralhydrat und Antipyrin, ist eine ölige Flüssigkeit von Aether-Geruch und Chloral-Geschmack, die in Dosen von 1—4 Gramm (am besten in Kapseln, obgleich der Geschmack weniger unangenehm als der des Chlorals ist) stärker beruhigend, beziehungsweise schlafmachend und weniger deprimirend als Chloral wirkt. Verf. wandte das Hypnal in 16 Fällen als schlaferzeugendes und schmerzstillendes Mittel an, darunter 10 mal mit Erfolg. Es machte weder Ekel noch Er-

brechen und bewirkte innerhalb einer Stunde einen 2 — 6 stündigen Schlaf (bei welcher Dosis?). Im Ganzen zeigte sich das Mittel weniger wirksam, als Phenacetin mit Chloralamid. In Bezug auf seine schmerzstillende Wirkung muss das Mittel noch weiter geprüft werden. Otto.

---

191) **F. H. Dillingham** (New-York): Poisoning by sulphonal.
(The Medic. Rec. 13. Decbr. 1890.)

Eine ältliche Frau nahm ca. 5 Gramm Sulfonal; etwa 5 Stunden später stellte sich ein halbcomatöser Zustand ein, der bald in Stupor mit stertorösem Athmen überging; dabei waren die Extremitäten kalt und der Puls kaum zu fühlen; auch bestand Incoordination sämmtlicher Muskeln und rechtsseitige Ptosis (bei normalen Pupillen). Nachdem sich dann innerhalb der nächsten 3 Stunden das Bewusstsein wieder einigermaassen eingestellt hatte, wurde noch linksseitige Facialis-Parese, erschwerte Articulation (Abweichen der Zunge nach rechts), ein Puls von 130 bei 40 Resp. und subnormale Temperatur, Urindrang und Schwindel beobachtet. Abgesehen davon, dass kein eigentlicher Schlaf eintrat, zeichnet sich der Fall noch dadurch aus, dass die Ptosis, die Facialis-Parese und die gestörte Muskel-Coordination 10 Tage lang anhielten. Otto.

---

192) **B. Mattison** (Brooklyn, N.-Y.): Paraldehyd addiction (Paraldehydismus).
(The Medic. Rec. 29. Novbr. 1890.)

Es wird aus Pepper's System of Medicine ein Fall von dem nur selten beobachteten Paraldehydismus erzählt zum Beweise, dass derselbe überhaupt vorkomme. Der betreffende Kranke wurde in Folge grosser Dosen von Paraldehyd von heftigen nervösen und psychischen Störungen befallen, die durchaus den durch Chloralmissbrauch entstehenden glichen, — nur dass die Ernährung mehr beeinträchtigt wurde, auch keine Neuralgien (wie bei jenem) auftraten. Die Abstinenz-Erscheinungen glichen denen des Morphinisten.
Otto.

---

193) **John Ferguson** (Toronto, Canada): The dietetic treatment of epilepsy.
(The Therap. Gazette. 15. Decbr. 1890.)

Verf. nennt es eine klinische Thatsache, dass bei idiopathischer Epilepsie der vorwiegende Genuss von stickstoffloser Kost grossen Nutzen bringe. Er sucht dies dadurch zu erklären, dass die an und für sich stickstoffreiche Gehirnsubstanz zu gewissen Zeiten mehr Nitrogen enthalte, als im Normalzustande: nur seien aber alle Nitrogen-Compositionen unbeständiger und explosiver Natur, so dass anzunehmen sei, dass durch die Anhäufung von Nitrogen in gewissen Hirntheilen die Nervenfasern zu explosiver Thätigkeit d. h. zum epileptischen Anfalle angeregt würden. (?) Otto.

---

194) **J. S. Horsley** (West-Point, Ga.): Some observations on the use of apomorphine. (The Medic. Rec. 6. Decbr. 1890.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass das Apomorphin, subcutan angewandt, ein sicheres Mittel sei, Krämpfe (und andere motorische Störungen)

zu beseitigen, beziehentlich ihrem Ausbruche vorzubeugen — eine Thatsache, die er durch den Bericht von 4 Fällen zu beweisen sucht. Ob dasselbe auch da nützt, wo jene Störungen nicht reflectorisch von Magen- oder Darmkrankheiten abhängen, steht nicht fest, doch behauptet H., mit ihm auch „hysterische Krämpfe und andere kleine hysterische Erscheinungen“ beseitigt zu haben. Otto.

---

195) **David Cerna** (Philadelphia): A study of the physiological action of Kava-Kava. (The therapeut. Gazette. 15. Januar 1891.)

Verf. theilt eine Reihe physiologischer Untersuchungen über die Wirkung des Piper methystic. (ava, kawa, yagnona etc.) in Fluid-Extractform mit, aus denen er folgende Schlüsse zieht: 1) Dasselbe macht allgemeine Anästhesie und ist im Besonderen ein mächtiges locales Anästheticum; 2) es hemmt und hebt schliesslich auf die Function der sensiblen Nerven von ihren peripheren Enden aus; 3) es hemmt und hebt gelegentlich auf die Reflexaction, indem es das Rückenmark und wahrscheinlich auch die sensorischen Nerven beeinflusst; 4) die durch dasselbe hervorgerufene Paralyse ist spinalen Ursprungs und entsteht durch Einwirkung auf das Rückenmark; 5) es steigert die Kraft des Herzens und mindert die Zahl der Pulsschläge, indem es die Herzhemmungs-Nervencentren und Ganglien, namentlich die ersteren reizt; 6) es erniedrigt zunächst den arteriellen Druck durch Einwirkung auf die nn. vagi und dann erhöht sie ihn, ganz besonders auch nach vorheriger Durchschneidung der nn. vagi durch directe Beeinflussung des Herzens; 7) es reizt zuerst die Respiration, dann vermindert, endlich lähmt es dieselbe; 8) in kleinen Dosen vermehrt es ein wenig, in grossen vermindert es die Körpertemperatur; 9) es vermehrt deutlich die Speichelsecretion.

Otto.

---

196) **S. Rabow**: Exalgien. (S.-A. aus Ther. Monatsh. Mai. 1890.)

Dem Antipyrin, Antifebrin und Phenacetin an die Seite zu stellen ist nach R. als ein weiteres brauchbares, schmerzstillendes Mittel das dem Antifebrin nahe verwandte Exalgin (Methylacetanilid). R. fand in Uebereinstimmung mit den meisten Autoren, die bisher dieses Mittel untersucht haben (hervorzuheben sind die physiologischen Wirkungen toxischer Dosen: Unruhe, Zittern und Paralyse der Athemmuskeln nach Dujardin-Beaumetz, und die Beobachtungen von Heinz, dass bei Warmblütern grosse Dosen Exalgin gefährlicher sich zeigten, als entsprechende Dosen Antifebrin), das Exalgin besonders wirksam bei Migräne, den verschiedensten Arten von Kopfschmerzen, bei Trigeminusneuralgien (Zahnschmerzen), Ohrenreissen. Die lancinirenden Schmerzen bei Tabes, sowie andere bei organischen Erkrankungen des Nervensystems auftretende Schmerzen wurden häufiger günstig beeinflusst; dagegen war die Wirkung bei Ischias und bei Muskelrheumatismus gering, bei schmerzhaften hysterischen Beschwerden und bei Epilepsie gleich Null. Als Nebenwirkungen traten in verhältnissmässig vielen Fällen oft schon $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nachher kurzdauerndes Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen und Ohrensausen auf. Hoppe (Allenberg).

---

197) **Wetterstrand** (Stockholm). Sur le traitement de la morphinomanie par la suggestion hypnotique. (Revue de l'hypnot. 1890 Nov.)

Von 22 Fällen von Morphinomanie hat Verf. 19 durch Suggestion geheilt, einige unter den Fällen waren durch Alkoholismus complicirte. Im Allgemeinen ist es schwierig, auf Morphinomanen einen Einfluss durch Hypnose zu gewinnen. Doch sind auch die Fälle, welche schon eine bedeutende Schwächung des Körpers zeigen, der Heilung zugänglich.

Verfasser beginnt damit, dass er dem Patienten einen längeren Schlaf suggerirt und nach dem Erwachen kleine Dosen Morphium giebt, meist kann dasselbe schon nach einigen Tagen ausgesetzt werden. Erbrechen, sowie nervöse Zustände, welche in den ersten Tagen regelmässig auftreten, sind nicht zu fürchten und werden ebenfalls durch Suggestion beseitigt. Anstaltsbehandlung ist nicht nöthig. Lehmann (Dalldorf).

---

198) **Philip Zenner** (Cincinnati): Treatement of epilepsy.
(The journal of nervous and mental disease. Dec. 1890.)

Z. giebt eine recht gute Uebersicht über die gesammte medicamentöse wie chirurgische Behandlung der Epilepsie nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft. Für den Fachmann enthält der Artikel nichts wesentlich Neues. Strauscheid.

---

199) **G. Ballet.** Le sommeil simulé chez les aliénés.
(Revue de l'hypnot. Dec. 1890.)

Ein Kranker schläft 4 Tage lang, wird in diesem Zustande in's Krankenhaus gebracht. Somatisch fand sich: völlige Schlaffheit aller Muskeln mit Ausnahme der Masseteren. Respiration, Puls und Temperatur vollständig in normalen Verhältnissen. Oscillatorische Bewegungen der Augenlider, Anästhesie für Berührung; auf tiefere Nadelstiche reagirte der Patient. Zeitweise eine geringe Bewegung in den Gesichtsmuskeln. Am 5. Tage Ernährung mit der Nasensonde. Patient erwacht, giebt an, den Schlaf simulirt zu haben. Aeussert schwere incohärente melancholische Ideen; er habe sich auf diese Weise von der Aussenwelt separiren wollen. Patient war imbecill.

Verf. fasst diesen Schlafzustand auf als wirklich simulirt unter dem Einfluss krankhafter Autosuggestionen und will ihn von dem narcoleptischen und hypnotischen Schlaf geschieden wissen. Lehmann (Dalldorf).

---

200) **Camuset.** Note sur la paralysie générale d'origine syphilitique.
(Ann. méd. psych. 1891 Jan. Fév.)

Die Frage, ob es eine progressive Paralyse ohne vorher überstandene Syphilis giebt, ist noch eine offene. Eine sorgfältige Statistik müsse sie beantworten. Verfasser bringt mehrere Beispiele zur Bestätigung der Behauptung, dass ein langsamer Verlauf mit häufigen Remissinen, sowie psychischerseits ein Vorherrschen der Demens, als auch der Depression für einen syphilitischen Ursprung der Paralyse spreche. Lehmann (Dalldorf).

---

201) **Ball.** Les fonctions intellectuelles, morales et génitales chez les morphinomanes. (Revue de l'hypnot. 1890 Novb.)

Verfasser will diesen Morphinismus von der Morphinomanie geschieden wissen. Unter der letzteren Bezeichnung versteht er Morphiummissbrauch in toxischen Dosen. Die Folgen der Morphinomanie seien eine physische, eine moralische und Willensanästhesie . . . Diese Eigenschaften disponirten zu Diebstahl und Verbrechen. Häufig beobachtet ist die Kleptomanie, welche jedoch nicht als directe Folge des Morphiummissbrauchs anzusehen und keine völlige Unverantwortlichkeit inaugurire: Die Kranken handeln mit voller Ueberlegung, und nur der eine Gedanke, sich mit Hülfe des Gestohlenen Morphium zu verschaffen, mache sie zum Diebe.

Eine akute Manie in Folge von Morphiummanie komme selten vor. Bezüglich der Geschlechtssphäre könne man anfangs eine Steigerung des libido beobachten, die jedoch bald in eine völlige Impotenz übergehe. Auch beim weiblichen Geschlecht sei eine sexuelle Anästhesie die Regel.

Lehmann (Dalldorf).

---

202) **Ladame** (Genf). Des psychoses après l'influenza. — Vortrag vor der medic. Gesellschaft in Genf, 7. Mai 1890.

Eine die gesammte (bis 1789 zurückgehende) Literatur berücksichtigende, besonders aber auf die in der letzten Influenzaepidemie gemachten Erfahrungen der Autoren und des Vortragenden selbst gestützte, umfassende systematische Darstellung der Psychosen nach Influenza. L. behandelt dieselben in 3 Abschnitten: 1) Melancholie und Hypochondrie; 2) Asthenische Psychosen, 3) andere Formen von Geistesstörung. Im ersten Abschnitt führt L. zwei leichtere Formen von Melancholie und hypochondrischer Neurasthenie seiner eigenen Beobachtung, einen schweren Fall von Melancholie bei einer in der Jugend in derselben Weise (Suicidversuch) erkrankten Person nach Kräpelin und einen ähnlichen Fall von Ellartin an. (Revue méd. de la Suisse vom 20. März 90), wo es zum Suicid kam. Bei den asthenischen Psychosen werden 2 Fälle von Erschöpfungsdelirien (Kräpelin), 1 Fall von acuter asthenischer Verwirrtheit (Pick), 1 Fall von hallucinatorinter Verwirrtheit (Kräpelin) und ein etwas complicirter Fall (C. Becker) zusammengestellt. Im letzten Abschnitt, wo zunächst die Influenza als Gelegenheitsursache zum Ausbruch (resp. Wiederausbruch) einer bereits im Keime bestehenden Psychose besprochen wird, führt L. 2 Fälle von typischer Manie (einen von Kräpelin und einen von ihm selbst beobachteten) und 2 Fälle von Delirium tremens nach Influenza (Kräpelin) auf.

Die Prognose der Influenza-Psychosen stellt K. im Allgemeinen günstig, mit Ausnahme derjenigen, bei denen die Influenza nur die Gelegenheitsursache abgab.

Hoppe (Allenberg).

---

203) **Th. Tiling** (Rothenberg). Ueber den moralischen Irsinn. — Vortrag in der Ges. prakt. Aerzte in Riga am 19. Febr. 1891.

T. geht nach einleitender Uebersicht über die ältere französ. und engl. Literatur auf die Auschauungen der neueren deutschen Autoren ein. Die überwiegende Mehrzahl derselben erklärt die sog. moralisch Irrsinnigen einfach für Schwachsinnige (Westphal, Gauster, Moeli, Binswanger,

Schloess u. A.). T. erkennt an, dass in den meisten Fällen ein gewisser Schwachsinn nachweisbar sei, meint aber mit Holländer, dass dieser Schwachsinn nicht hochgradig genug ist, um durch Mangel an Verständniss den Kampf dieser Kranken gegen Sitte und Ordnung zu erklären, um so mehr, als sie an die Handlungen Anderer den Massstab von Recht und Unrecht sehr wohl zu legen wissen. Eine zweite Gruppe von Autoren (Schüle, v. Krafft-Elbing, Krauss, Kräpelin, Emminghaus u. A.) erklärt denn auch nicht die Erscheinung durch Schwachsinn allein, sondern nimmt noch besonders Mangel an moralischem Gefühl und schlechte Triebe hinzu, giebt aber für diese keine pathologische Erklärung. Kleudgen's Ansicht, die Erscheinungen durch das Vorhandensein von Manie oder periodischer Manie zu erklären, habe zunächst einiges für sich, da manche Analogien vorhanden sind. Indessen kann T. diesem Standpunkt nicht beitreten, weil der moral. Irrsinn gewöhnlich bis in die früheste Jugend zurück zu verfolgen ist und dort meist in cerebralen Kinderkrankheiten wurzelt oder angeboren ist, was mit der Manie nicht in Einklang zu bringen wäre. Ferner lasse sich dort, wo der Verlauf bis in's hohe Alter verfolgt werden kann, der Uebergang des moralischen Irrsinns in eine Verrücktheit mit Verfolgungsideen nachweisen. Gauster's Unterscheidung der moralisch Irrsinnigen in erethische und torpide entspricht durchaus den Thatsachen. T. resümirt: Der moralische Irrsinn ist gewöhnlich eine originäre Verrücktheit, deren erethische Form einen manischen Charakter trägt, deren torpide Abart aber durch perverse Sensationen oder Hallucinationen des Gemeingefühls zu impulsiven Handlungen führt. Ausser dieser gewöhnlichen Form tritt der sog. moralische Irrsinn noch auf im Vorläuferstadium der progr. Paralyse, im circulären Irresein und in leichter Manie. Auch Alcoholismus, Morphinismus, Hysterie und Epilepsie liefern ein nicht unbedeutendes Contingent. Der durch vier ausführliche Krankengeschichten erläuterte Vortrag ist zur späteren Veröffentlichung bestimmt. Mercklin (Riga).

---

204) **Theodor Diller** (St. Louis): Typhamonia. Report of three cases with some discussion of its relation to certain other forms of insanity.

(The alienist and neurologist, Oktober 1890.)

Verf. entwirft im Anschluss an drei kurze Krankheitsgeschichten von Fällen von Typhomania oder Delirium acutum sive grave, von denen keiner tödtlich endete, ein kurzes Bild dieser Erkrankung und bespricht an der Hand der Literatur die von verschiedenen Autoren verschieden anfgefasste Stellung dieser Form der psychischen Störung zu den anderen.

Strauscheid.

---

205) **W. Schubert**: Zur Pathogonese des circulären Irreseins.

(S. A. aus Neur. Centralbl. 1890, Nr. 15.)

Meynert erklärt bekanntlich den regelmässigen Wechsel zwischen exaltativen und depressiven Krankheitsperioden bei den circulären Psychosen durch den sich gegenseitig bedingenden Wechsel in dem Reizbarkeitszustande des afficirten vasomotorischen Centrums (erhöhte Reizbarkeit und Erschöpfung). Schäfer ist es in einem Falle gelungen, diese Theorie durch sphygmographische Untersuchungen zu bestätigen, indem er in den melancholischen und maniakalischen Perioden entgegengesetzte Spannungszustände der Arterien

nachweisen konnte, ausserdem aber noch durch die in demselben Falle gemachte Beobachtung, dass die maniakalischen Perioden jedesmal von Herpes und Asthma begleitet waren, welche Erscheinungen wohl auf veränderte Circulationsverhältnisse zurückgeführt werden konnten. Dieser Beobachtung führt S. eine zweite hinzu, welche bei dem von Köhler beschriebenen Falle (aus Leubus) constatirt, von demselben in seiner Dissertation aber nicht erwähnt worden ist. Die Patientin hatte schon öfter beim Abklingen der maniakalischen Anfälle über asthmatische Beschwerden geklagt. Ein schwererer asthmatischer Zustand befiel die Patientin nach ihrer letzten von Köhler beschriebenen melancholischen Periode, als sie am Ende der Manie zu ihrer Tochter beurlaubt war. Nach ihrer Rückkehr in die Anstalt wurde festgestellt, dass es sich nicht um ein organisches Leiden handle, wie der Hausarzt angenommen hatte, sondern dasselbe auf nervöser Grundlage beruhte. Wenn die Erklärung vieler Autoren richtig ist, dass solche asthmatische Beschwerden auf vasoparalytischer Ursache beruhen, so wäre eine weitere Stütze für die Meynert'sche Theorie gefunden.

Hoppe (Allenberg).

---

206) **G. Köhler**: Ein casuistischer Beitrag zur Lehre vom circulären Irresein. — Inaugural-Diss. Halle 1889.

Die Dissertation giebt einen gut beobachteten, ausführlich beschriebenen und interessanten Fall von circulärem Irresein bei einer hereditär belasteten 59jährigen Dame, welche schon in ihrer Jugend mit ihrer Launenhaftigkeit und ihren (zeitweilig sich verstärkenden) Excentricitäten das Elternhaus tyrannisirt hatte. Nach ihrer Verheirathung regelmässige Wechsel zwischen Exaltations- und Depressionszuständen. Bis zum Jahre 84 überwogen die maniakalischen Anfälle bei weitem an Intensität, seitdem schwächten sich dieselben zur einfachen „Raisonnirperiode" ab, während die melancholischen Anfälle an Dauer und Intensität zunehmend, bis zum höchsten Grade der Verzweiflung stiegen. Wenn auch in manchen maniakalischen Anfällen zeitweise vereinzelte Hallucinationen beobachtet wurden, so waren dieselben doch nur episodisch und ohne Einfluss auf den Verlauf des Anfalls; die melancholischen Anfälle dagegen wurden complicirt und verstärkt durch massenhafte Hallucinationen aller Art (Beziehungs-, Beachtungs-, Belauschungs-, Verfolgungs-, Vergiftungsideen), durch Zwangsvorstellungen (Aufdrängen abnormer und unheimlicher Gedanken) und durch Zwangsimpulse. Interessant ist der im letzten der beschriebenen Anfälle beobachtete Impuls, wie ein kleines Kind zu sprechen und zu schreiben. — Ruhige Intervalle traten in unregelmässiger Weise anf, manchmal schoben sie sich zwischen den melancholischen und maniakalischen Anfall, manchmal traten sie erst ein, wenn der maniakalische Zustand ohne Vermittlung in den melancholischen oder umgekehrt übergegangen war.

Die Beobachtungen L. Meyer's, dass bei circulären Psychosen das Körpergewicht im maniakalischen Anfall steigt, im melancholischen Stadium sinkt, konnte K. in diesem Falle jedesmal bestätigen.

K. geht schliesslich noch auf die theoretische Erklärung Meynert's und die für dieselben sprechenden Pulsuntersuchungen Schäfer's genauer ein und ist geneigt, der Meynert'schen Theorie beizustimmen.

Hoppe (Allenberg).

---

207) **O. Dornblüth.** Klinische Beobachtungen aus der Provinzial-Irrenanstalt Kreuzberg O.-S. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 47, H. 3. 4.)

D. bringt die Krankengeschichten von 36 im Jahre 1889 in die Anstalt K. aufgenommenen weiblichen Geisteskranken, wobei die einzelnen Krankheitsgruppen (Melancholie, neurasthen. Irresein, acute Amentia, chron. Paranoia, Imbecillität und Paranoia, period. Irresein, progr. Paralyse, epilept. Irresein) mit kurzen epikritischen Bemerkungen abgeschlossen werden. Die Arbeit enthält sowohl in Bezug auf klin. Beobachtungen (cf. Gruppe Amentia und hier besonders Beob. 6) wie in Hinsicht auf therapeut. Bemerkungen (z. B. über Codeinanwendung) interessantes Material, das eingehend zu referiren, hier indessen zu weit führen würde. Merklin.

---

208) **C. M. Hay** (Morris Tlains, N. d.): „A case of in sanity apparently due to pelvic abscess and cured by surgical treatment.“ (Ein augenscheinlich von einem Beckenabscess abhängender Fall von Geistes-Erkrankung, die durch chirurgische Behandlung geheilt wurde. (The Medic. Rec. 15. Novbr. 90.)

Bei einem 23jährigen Mädchen entwickelten sich während der Bildung eines traumatischen Becken-Abscesses Symptome von Geistes-Erkrankung (Verwirrtheit, Apathie, Stupor, Semidementia, maniakalische Anfälle). Dieselben verschwanden nach zwei Monaten, hinterliessen jedoch eine gewisse Stapidität und Depression, sowie einige Wahnvorstellungen; auch diese gingen vorüber bis auf die eine, dass der sie behandelnde Arzt Jesus Christus sei. Einige Monate nach der Beseitigung des Abscesses trat Heilung auch der geistigen Krankheitssymptome ein.

---

209) Dr. **Berkmann** (Kreisphysikus): Leidensgeschichte eines für geisteskrank gehaltenen Arztes. Hamburg 90. Ad. Ahrens. (Zur Warnung!)

**Ad. Ahrens.** Ein Appell an Hamburgs Bürger. — Einige Bemerkungen über Physikats-Gutachten. 3. Aufl. — Hamburg 1890, Verlag d. Verf.

**Carl Herrmann.** Das moderne Vehmgericht — eine sociale Gefahr! — Erlebnisse eines für unheilbar irrsinnig Erklärten. 2. Aufl. — Berlin. Cassirer & Danziger.

Drei Machwerke von der bekannten Art, welche sich schon durch ihre sensationellen Titel genügend kennzeichnen und dem so leicht zu überzeugenden misstrauischen Laienpublicum die alte Fabel glaubhaft zu machen suchen, dass in der heutigen Zeit die Irrsinnigkeitserklärung und Detinirung völlig Geistesgesunder möglich ist und wiederholt stattfindet. Das Betrübendste dabei ist, dass die erste dieser Broschüre von einem Arzte selbst herrührt, welcher die Oeffentlichkeit anrufen zu müssen glaubt, weil sein Gutachten, dem sich das Gericht anschloss, auf geistige Gesundheit lautet, während zwei Physici, das Obergutachten des Hamburger Medicinal-Collegiums und die Beobachtung in der Irren-Anstalt Friedrichsberg unheilbare Geistesstörung (originäre Verrücktheit) erkannt hatten. Nun ist es selbst für den geübten Psychiater eine der schwierigsten Aufgaben, bei einer auf Geisteskrankheit verdächtigen Person die geistige Integrität überzeugend nachzuweisen, während die Zeichen geistiger Krankheit für den Irrenarzt so unverkennbar sind, dass, wenn derselbe von dem Bestehen einer solchen

überzeugt ist, man seinem Urtheil wohl unbedingt folgen kann. Welcher Art aber die psychiatrischen Kenntnisse des Kreisphysikus Dr. Berkmann sind, der mit der Naivetät des Ignoranten sein Gutachten gegenüber dem der andern Aerzte und den „unzureichenden“ Beobachtungen des Oberarztes Dr. Reye in der Irrenanstalt Friedrichsberg für unfehlbar hält, beweisen am besten einzelne Stellen aus diesem Gutachten: „Der Wahnsinn besteht im Hervorbringen, und die Verwirrtheit (Verrücktheit) in Lockerung des Zusammenhanges der Gedanken, der Blödsinn dagegen in dem gänzlichen Verfalle und Zerfalle des Bewusstseinlebens (sic!). — „Der Blödsinnige ist willenlos.“ — Dadurch, dass man in der neuesten Zeit annimmt, die Verrücktheit könne „ohne Wahnideen, Hallucinationen und ohne Illusionen existiren, wird es den Aerzten, welche überall, wo es angeht, Geisteskrankheit wittern, sehr leicht gemacht, diese Krankheitsform zu diagnosticiren.“

Die beiden andern Broschüren und deren Verfasser haben das Gemeinsame, dass es bei beiden Prof. Eulenburg in Berlin übernommen hat, dieselben (ambulant) auf ihren Geisteszustand zu beobachten und in seinem Gutachten für gesund zu erklären. Eigenthümlich ist die besonders bei Carl Herrmann, einem, seiner Broschüre nach zu urtheilen, an folie raisonnante leidenden, zum mindesten aber hochgradig excentrischen Literaten, welcher wiederholt in den niederösterreichischen Irrenanstalten, Wien, Klosterneuburg, Ybbs gewesen, wiederholt aus denselben ausgebrochen ist und sich nach seiner letzten Flucht aus Ybbs nach Berlin wandte, um von einer dortigen Capacität seine geistige Integrität gegenüber den österreichischen Psychiatern feststellen zu lassen. Die durch ihre sprunghafte Darstellung schwer verständliche Broschüre wimmelt von den stärksten Ausfällen und Beschimpfungen der Irrenärzte im Allgemeinen und der österreichischen im Speciellen und greift ebenso wie die Ahrens'sche Schrift, besonders das Entmündigungsverfahren an. Hoppe (Allenberg).

---

210) **E. A. Homén** (Helsingfors): En säregen familjesjukdom under form af progressiv dementia, i samband med utbredda kärlförandringar. (Eine eigenthümliche Familienkrankheit unter der Form einer progressiven Dementia in Verbindung mit ausgedehnten Gefässveränderungen.)

(Festskrivet från pathologisk-anatomisk Institut p. 215—224.)

Verf. berichtet kurz über eine eigenthümliche typisch verlaufende Krankheit bei drei Gliedern derselben Familie, unter der Form von progressiver Demenz. Erbliche Belastung war nur insoweit nachzuweisen, als die Mutter der Patienten sehr beschränkt war und einer ihrer Brüder schwachsinnig. Die Krankheit begann mit Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses, Schwindel, Schmerzen und Schwere im Kopf, allgemeiner Müdigkeit und Appetitlosigkeit; später zeigte sich Unsicherheit im Gange, Undeutlichkeit der Sprache, Contractur der unteren Gliedmassen, Tremor, hauptsächlich in Armen und Händen, und bei dem einen Patienten schliesslich Krampfanfälle. Die Krankheit dauerte 6, $4^1/_2$ und 7 Jahre; in den letzten Jahren vollständige Demenz und Hilflosigkeit. Bei den zwei ersten kam gegen das Ende eine acute Krankheit hinzu, die den Tod verursachte.

Die Section aller drei Fälle ergab eine überraschende Uebereinstimmung: „Das Kranium sehr dick, die Dura Mater etwas verdickt, die Pia stellen-

weise, besonders an den vorderen Theilen, dem Gehirn adhärent. Die Gyri leicht atrophirt; das Gewicht der Gehirne nebst verlängertem Mark und Kleinhirn resp. 1130, 1060 und 1160 Gramm. An den Gefässen der Basis stellenweise grauweisse, sclerotische Flecke. In allen drei Fällen in beiden Linsenkernen Erweichungsheerde, in dem sieben Jahre dauernden Fall eine cystenähnliche Erweichungshöhle, die einen grossen Theil der resp. Linsenkerne aufnahm.“ — Die Section des letztverstorbenen Falls zeigte ausserdem noch einzelne kleine sclerotische Flecke im Beginn der Aorta und in den Coronaarterien, sowie im Anfang der Art. curalis, in beiden Art. subclavia, und in der Axillaris. Zahlreiche sclerotische Flecke dagegen in der Bauch-Aorta.

Die noch nicht ganz vollendete mikroskopische Untersuchung, bei der vergleichshalber stets Controllarpräparate von einem paralytischen und einem gesunden Gehirn gemacht wurden, ergiebt, wenn auch geringe, Verminderung der Tangentialfasern, Verdickung der Neuroglia und der Gefässwände, hier und da kleine Rundzellen in den Gefässscheiden, strotzende Blutfüllung der Gefässe, und endarteritische Veränderungen in den Gefässen der Hirnbasis, besonders in der Arteria fossae Sylvii. — Verf. behält sich die ausführliche Beschreibung der Fälle und ein endgültiges Urtheil über das Wesen der Krankheit bis zum Abschluss der Untersuchung des dritten Falles vor, doch deutet er schon hier an, dass seiner Ansicht nach die Gefässveränderungen das Primäre und Hauptsächliche und von einer Lues hereditaria abhängig sind.

Kurella.

---

211) **S. Rabow** (Lausanne): Ueber angeborene conträre Sexualempfindung. (Zeitschrift für klinische Medicin, Bd. XVII. Suppl.)

Conträre Sexualempfindung findet sich meist bei hochbegabten Personen der besseren Stände, und fast immer sind dieselben nervös belastet, sehr häufig die Abkömmlinge selbstmörderischer Väter. Gewöhnlich reichen die Anfänge der Affection in die Kindheit; das Kind hat kein Vergnügen am Spiel, hat eine sonderbare, oft bis zur Anbetung gesteigerte Vorliebe für bestimmte Kameraden, später findet sich neben Masturbation ein scheues, auffallend stilles Wesen. R. hält die Affection für durchaus nicht selten und glaubt, dass sie vielen unaufgeklärten Selbstmorden zu Grunde liege, bedingt durch die Furcht vor Entdeckung.

Die Neigung für Personen des eigenen Geschlechts hat oft mehr ideale als sinnliche Elemente; meist besteht eine ausgesprochene Abneigung gegen das andere Geschlecht, in einzelnen Fällen findet sich jedoch ein gewisses „Interesse“, das bis zur Heirath und damit zu den traurigsten Consequenzen führen kann, wenn der Mangel des Stimulus nicht mehr verborgen werden kann. Die Verfechter der Berechtigung dieser mannmännlichen Liebe sind in der Regel selbst Opfer der Perversion. Von einer Behandlung kann nur insofern die Rede sein, als die Trennung von dem Object der Leidenschaft und moralischer Einfluss zur Wirkung kommen. Krafft-Ebing berichtet eine Heilung durch Suggestion. In dem ersten von R.'s eigenen Fällen handelt es sich um einen im übrigen ganz gesunden 26jährigen Mann, der in höchst pathetischer Form seine Lebensgeschichte schriftlich erzählte; seine Neigung zum männlichen Geschlecht war schon gegen sein siebentes Lebensjahr entwickelt; mit 13 Jahren begann er zu masturbiren, seine Gedanken

richteten sich immer auf Knaben; Erectionen, die in männlicher Gesellschaft häufig kamen — blieben bei Coitus-Versuchen aus, auch wenn er dabei an Männer dachte. Mit 19 Jahren begann eine von ihm für ganz platonisch erklärte glühende Liebe zu einem jungen Mann. Nach vielen Qualen fühlte er sich erleichtert, als ein Arzt diese Zustände für krankhaft erklärte; er suchte entsprechenden socialen Verkehr, lernte tanzen, merkte aber, dass er nur mit Männern gern tanzte. Patient fand grosse Erleichterung in wissenschaftlichen Schilderungen ähnlicher Zustände, in dem Gedanken, dass er viele Leidensgenossen habe, und in der Hoffnung auf eine zu erwartende Aufklärung der Menschen über die Berechtigung solcher Empfindungsweise. R. konnte durch psychischen Einfluss eine dauernd bessere Stimmung und Arbeitslust bei dem Patienten anregen, und zwei Jahre später schrieb ihm derselbe, er lebe gesund, zufrieden und in voller Resignation.

In dem zweiten Falle fand sich neben der Perversion auch ein Rest normalen sexuellen Gefühls. Es bestand nervöse Belastung, bei männlichem Aussehen eine etwas weibliche Stimme. Früher Masturbation, später Päderastie. Beim Anblick junger Männer ein eigenthümliches Gefühl von Hingezogensein, das ihn einmal zwang, bei einem öffentlichen Festmahl einen Kellner zu küssen. Seine durch tägliche Qualen motivirten Selbstmordgedanken konnte R. ihm ausreden; Patient fasste wieder Hoffnung und heirathete eine junge Dame; nun konnte er gelegentlich auftauchende perverse Neigungen niederkämpfen. — Im dritten Falle war des Patienten eigener Bruder Gegenstand seiner Neigung; hypnotische Behandlung gab keine guten Resultate. Dass auch das weibliche Geschlecht sein Contingent stellt, zeigt u. A. ein weiterer Fall R.'s, eine Dame betreffend, die mehrere Freier abwies, weil — ihr Herz für ein ungebildetes Küchenmädchen vom Lande in heisser Liebe schlug. E. Goodall (Wakefield).

---

212) **W. Boekhoudt** (Winschoten): De Beteekenis van hypnose en suggestie in ons strafrecht en strafprocess. — (Die Bedeutung von Hypnose und Suggestion in Strafrecht und Strafprocess.)

(Juristische Doctor-Dissertation, Leeuwarden 1890.)

Nach einer, von ausgezeichneter Quellenkenntniss und gesunder Kritik zeugenden historischen Einleitung, geht der Verfasser zu seinem eigentlichen Gegenstande über, und bespricht zuerst das Begehen strafbarer Handlungen durch Hypnotisirte unter dem Einfluss von hypnotischer Suggestion, worauf schon Liébault i. J. 1866, doch vor allem Liégeois 1884 die Aufmerksamkeit lenkte.

Die daraus für die Gesellschaft entspringende Gefahr beruht wohl mehr in der Einbildung als in der Wirklichkeit, denn die Anzahl der Personen, die ohne ihr Wissen und gegen ihren Willen hypnotisirt werden können, und die in so hohem Masse suggestibel sind, dass sie auf Suggestion Handlungen begehen, ist doch sehr gering. Ausserdem ist die betreffende Person nicht immer von ihrem Suggerenten sklavisch abhängig, häufig widersetzt sie sich seinen Eingebungen und besitzt, nach Ansicht des Verfassers, das gewöhnliche Mass von Urtheil und Kritik gegenüber dem ihr sugggerirten, so dass sie Suggestionen annehmen oder verwerfen kann. Durch häufiges Suggeriren können jedoch die Verstandeskräfte sehr geschwächt werden, und

dann ist die hypnotische Suggestion in den Händen eines erfahrenen Suggerenten eine gefährliche Waffe.

Verf. schliesst sich also der Schule von Nancy an und betrachtet die Experimente von Liégeois nicht als „crimes de laboratoire", oder mit Brouardel als Laboratoriumsversuche. Zur Verstärkung seiner Ansicht weist Verf. auf den natürlichen Somnambulismus hin, einen Zustand, in welchem strafbare Handlungen begangen werden, und der, seiner Ansicht nach, sich nur durch sein spontanes Auftreten von dem somnambulisme artificiel ou provoqué, resp. der Hypnose, unterscheidet. Motet und Jules Voisin theilen jedoch mit, dass sie dadurch, dass sie den Patienten in den Zustand des künstlichen Somnambulismus versetzten, herausbekommen konnten, was er im natürlichen Somnambulismus gethan hatte. In Bezug auf die strafrechtliche Verantwortlichkeit von Hypnotisirten und Hypnotiseuren kann sich B. nicht der Ansicht von Liégeois anschliessen, welcher erstere für nicht verantwortlich hält, weil sie ein blosses Instrument in den Händen des Hypnotiseurs sind, und ebensowenig der von Gilles de la Tourette, der von einer complète irresponsabilité spricht, sondern schreibt den Hypnotisirten die Fähigkeit zu, der Suggestion Widerstand zu leisten. Nach Ansicht des Verf. kann man nicht eine, für alle Hypnotisirten geltende Regel aufstellen. Bei einer vollständigen Erörterung der juristischen Verantwortlichkeit hält es B. für nothwendig, in Bezug auf die Suggestion, die den Hypnotisirten zum Begehen der That angetrieben hat, Unterschiede zu machen und zwar zwischen 1) Suggestionen, die eine oder mehrere Vorstellungen erwecken, aus denen die betreffende Handlung mit Nothwendigkeit folgen muss, 2) Suggestionen, durch welche die hypnotisirte Person auf die Handlungen vorbereitet wird, und 3) Suggestionen, durch welche der hypnotisirten Person bestimmte Handlungen eingeprägt werden. Verf. giebt hierfür eine Reihe von Beispielen und betont, dass bei jeder Handlung das Motiv derselben und ihr Ziel in den Vordergrund treten. Es ist sehr wichtig, diese Grundbestandtheile jeder Handlung nicht zu verwechseln, denn eine genaue Einsicht in diese Begriffe ist für das Verständniss der Verantwortlichkeit nothwendig. Verf. kommt auf ausschliesslich theoretischem Wege zu den Schlüssen, dass Hypnotisirte oft im Allgemeinen für die in Folge der Suggestion begangenen Strafthaten zurechnungsfähig, jedoch nicht strafbar sind. Der Hypnotisirte handelte, weil er nicht anders konnte, die Begierde, zu handeln, die die Suggestion in ihm erweckte, vermochte er nicht zu bezwingen. Nach Ansicht des Verf. ist es zweifelhaft, ob der Art. 37 des neuen niederländischen Strafgesetzbuchs hier Anwendung findet, der denjenigen als nicht strafbar erklärt, der wegen schwacher Entwicklung oder krankhafter Störung seiner Verstandeskräfte als unzurechnungsfähig betrachtet werden muss. Art. 40 enthält jedoch mit Hinsicht hierauf eine durchaus brauchbare Bestimmung, welche folgendermassen lautet: Nicht strafbar ist derjenige, welcher eine Strafthat begangen hat, zu der er durch Gewalt gezwungen worden ist; darunter versteht man jede Kraft, jeden physischen oder moralischen Zwang, dem die betreffende Person keinen Widerstand zu leisten im Stande ist.

Wenn es jedoch auch gutzuheissen ist, dass die hypnotisirte Person, die eine ihr suggerirte Strafthat begeht, nicht in den Bereich des Strafgesetzes fällt — der Hypnotiseur muss in diesem Falle der Strafe unterworfen sein, denn er hat der hypnotisirten Person die verbrecherische Sug-

gestion eingegeben. Als physischer Thäter ist er nur dann zu betrachten, wenn die Hypnotisirte die Suggestionen als Automat ausübt. In den übrigen Fällen ist er intellectueller Thäter. Nach dem niederländischen Strafrecht kann also der Suggerent für eine auf seine Suggestion hin von der hypnotisirten Person begangene Strafthat als intellectueller Thäter bestraft werden. Handelte der Hypnotisirte automatisch, dann ist der Suggerent, weil er die That veranlasst hat, als physischer Thäter strafbar. Wenn jedoch die Suggestion mit vorhergehender Zustimmung des Hypnotisirten eingegeben worden ist, z. B. um dem Verbrecher vor der That den nöthigen Muth zu geben, dann hat der Hypnotisirte die That als Auctor physicus begangen, und der Hypnotiseur ist in dem Falle, weil er die Ausführung einer verbrecherischen Handlung befördert hat, als intellectueller Mitschuldiger zu betrachten.

Hierauf behandelt Verf. die durch Hypnotisirte begangenen Strafthaten, wobei ihm seine juristische Praxis zu Hilfe kommt. Es sind fast ausschliesslich Verbrechen gegen die Sittlichkeit, die die Schwelle des Gerichtshofs überschreiten. Schon 1858 kam man in Folge eines gerichtlichen Falles in Marseille zu der Ueberzeugung, dass man im Stande ist, durch Hypnose eine Frau in einen Zustand zu versetzen, in dem sie gegen ihren Willen stuprirt werden kann. Liégeois und Gilles de la Tourette zählen verschiedene derartige Fälle auf. Im Jahre 1845 lenkte Dr. Esdaill die Aufmerksamkeit darauf, dass in British-Indien der Kinderraub durch Hypnose als Beruf ausgeübt wird. Unbekannt mit den Erscheinungen des Hypnotismus untersuchte er diese Verhältnisse eingehend, und überzeugte die Richter von der Möglichkeit, sich von jemand gegen seinen Willen nachfolgen zu lassen. Das Entlocken von Geheimnissen gehört zu derselben Kategorie. In diesen Fällen hat man zu unterscheiden, ob der Delinquent die Person, an der er die Strafthat begangen hat, absichtlich und zu diesem Zweck in einen Zustand von Hypnose versetzt hat, oder ob er nur wusste, dass die betreffende Person sich in diesem Zustand befand. Auch kann es vorkommen, dass er den hypnotischen Zustand nicht merkt und, z. B. bei Sittlichkeitsvergehen, die Passivität für stillschweigende Zustimmung hält. Nach B.'s Ansicht ist der Arzt, der einen Patienten, ohne ihn um seine Einwilligung gefragt zu haben, in Hypnose versetzt, wegen Uebertretung des Art. 282, d. h. wegen Freiheitsberaubung strafbar. Hierüber sind die Ansichten der Rechtsgelehrten jedoch getheilt, wenigstens dann, wenn der Azt nach den anerkannten Regeln der Kunst gehandelt hat. Mit Hinsicht hierauf ist der Ausspruch des Gerichtshofes von Nürnberg vom Juli 1889 sehr lehrreich, der einen Commis-voyageur von dem Vergehen freisprach, eine Kellnerin widerrechtlich ihrer Freiheit beraubt zu haben, weil nachgewiesen wurde, dass das Mädchen schon mehrmals bei ähnlichen, von ihm angestellten Experimenten zugegen gewesen war, also wissen musste, welche Macht der Hypnotismus über den Menschen besitzt. In Deutschland, Frankreich, England, Belgien und in den Niederlanden ist von Seiten wissenschaftlicher Körperschaften das Abhalten öffentlicher hypnotischer Séancen verworfen worden. In manchen Ländern bestehen auch Verbote dagegen, hauptsächlich wohl aus dem Grunde, weil die Gesundheit der hypnotisirten Personen bedroht wird, ja, weil sogar bei Vorhandensein von organischen Leiden, z. B. von Herzkrankheiten und besonders Fettherz, der Tod eintreten kann. Nach Boddert bieten sich die Individuen mit einem kranken Nervensystem

zu allererst als Versuchsobjecte an. Die eigenthümliche Art und Weise Donato's, sein Medium wie durch einen Zauberschlag in Hypnose zu versetzen, ist für die Gesundheit äusserst schädlich, und darum nicht räthlich. Besonders interessant ist der von Dr. Andrien mitgetheilte Fall, in dem ein junger Mann, der der Aufforderung des Magnetiseurs, ihn auf die Kirmes von Abbeville zu begleiten, nicht Folge geleistet hatte, hypnotisirt wurde, wobei man ihm suggerirte, er werde sich das nächste Mal, sobald er sich wieder hypnotisiren lasse, beim Erwachen krank fühlen. Und wirklich trat zur angegebenen Zeit ein heftiger Krampfanfall auf. Nicht zu unterschätzen ist auch der Einfluss auf die Zuschauer; Verf. theilt mehrere Beispiele dafür mit, die fast alle prädisponirte Individuen betreffen. — Nach Bronardel geben die Vorstellungen vielfach dazu Veranlassung, dass Unberufene sich mit dem Hypnotismus befassen und ihn zur Befriedigung ihrer niedrigsten Triebe benutzen. Schliesslich weist Crocq darauf hin, dass in den öffentlichen Sitzungen die Verbrecher neue Kunstgriffe lernen. Dadurch, dass man die Hypnotisirfreiheit predigt, wie Delboeuf, Liébault, Bernheim und Morselli, werden obenstehende Einwände nicht entkräftet. Der Hypnotismus soll ausschliesslich von Aerzten ausgeübt werden, worauf schon Deslon zur Zeit Ludwigs XVI. gedrungen haben soll.

B. fände es am richtigsten, wenn das Hypnotisiren nur Aerzten gestattet wäre. Art. 436 des niederländischen Strafgesetzbuchs kommt zur Anwendung, wenn jemand ohne gesetzliche Befugniss hypnotisirt mit der Absicht, eine Heilung hervorzurufen, und ferner, wenn der Magnetiseur den Patienten in die Lage bringt, eine Somnambule über seinen Zustand zu consultiren, die er zuvor selbst in Schlaf versetzt hat. Ueber die Frage, ob man den Magnetiseur in diesem Falle für den Thäter oder Mitschuldigen erklären soll und welche dieser Qualitäten der Somnambule zugeschrieben werden muss, sind die Ansichten getheilt. Zu bedauern ist es jedenfalls, dass es Aerzte giebt, welche die von der Somnambule ausgestellten Recepte unterschreiben, und dadurch Somnambule und Magnetiseur der strafrechtlichen Verfolgung zu entziehen suchen. Verf. hält es für wünschenswerth, dass das Hypnotisiren nie anders als in Gegenwart glaubwürdiger Zeugen geschieht, wie in Odessa, wo es eine gesetzliche Bestimmung giebt, dass stets wenigstens zwei andere Aerzte anwesend sein müssen. Zum Schluss bespricht B. die Frage, wie man es ausfindig macht, ob Jemand unter dem Zwange hypnotischer Suggestion gehandelt hat, besonders dann, wenn der Betreffende selbst es läugnet. Die Ansicht eines ärztlichen Sachverständigen ist hierbei unentbehrlich. Zuerst muss herausgebracht werden, ob die angeklagte Person überhaupt in Hypnose gebracht werden und ob man ihr in diesem Zustande Verbrechen suggeriren kann. Ist dies festgestellt, dann muss noch bewiesen werden, dass sie auch die betreffende That mit hypnotischer Suggestion begangen hat. An der Hand von Liégeois zeigt B., auf welchen Umwegen man in diesem Falle doch zu seinem Ziele kommen kann, wenn z. B. der Hypnotiseur seinem Medium auch Amnesie für die folgenden hypnotischen Zustände suggerirt hat. Ein routinirter Suggerent könne allerdings seinem Medium auch suggeriren, dass Niemand anders, als er selbst, es in Hypnose zu versetzen vermag.

B. hält die Ansicht v. Lilienthal's für gerechtfertigt, dass eine Beeidigung hypnotisirter Personen unzulässig sei, jedoch nur dann, wenn sie sich nachweisbar in einem Zustande von Unzurechnungsfähigkeit befanden. Ist

jedoch der Beweis zu liefern, dass der Hypnotisirte vollkommen zurechnungsfähig war, so ist das Abnehmen eines Eides oder Gelübdes zu rechtfertigen. Ferner weist B. auf den praktischen Nutzen des Hypnotismus hin, besonders wenn es sich um durch sogenannte Schlafwandler begangene Strafthaten handelt, und citirt einen Fall von Dr. Dufay, der im Beisein des Untersuchungsrichters im Gefängniss ein Dienstmädchen in Hypnose (künstlichen Somnambulismus) versetzte, und sie in diesem Zustande den Ort angeben liess, wo sie in einer Nacht, — im natürlichen Somnambulismus — Werthgegenstände versteckt hatte, wodurch ihre Unschuld klar erwiesen war. Schliesslich lenkt B. die Aufmerksamkeit auf die falschen oder vielmehr gefälschten Zeugenaussagen und meint, dass der Richter, der auf eine falsche Spur gekommen ist, selbst schuld daran sein kann, indem er nämlich die Frage nicht umsichtig genug stellt, wenn er sich vor dem Verhör eine Vorstellung des Thatbestandes macht, und dann bei dem Verhör untersucht, ob diese Vorstellung richtig ist. B. weist darauf hin, dass Referent im Gerichtssaal zu Amsterdam die Aufmerksamkeit hierauf gelenkt hat. Es handelte sich um einen Fall von Kindsmord; die Angeklagte konnte über die besonderen Umstände bei ihrer Niederkunft so viel Einzelheiten angeben, sie konnte sogar die Farbe des Haars ihres Kindes nennen, — dass sich die Staatsanwaltschaft an die Sachverständigen mit der Frage wandte, ob dies nicht als Beweis gelten könnte, dass die Angeklagte in dem Augenblick bei klarem Verstande gewesen sei. Referent sprach sich dahin aus, dass hier sehr wohl Autosuggestion im Spiel sein könne, und dass man deshalb den Aussagen der Angeklagten nicht unbedingten Glauben schenken dürfe. Dies alles lehrt uns, sagt B., dass die Stelle des Richters beim Zeugenverhör keine leichte ist. Er muss gesunden Menschenverstand und ein gut Theil Menschenkenntniss besitzen, wenn er die wahren Zeugenaussagen von den falschen oder verfälschten unterscheiden soll, und ebenso muss er geschickt und umsichtig im Stellen seiner Fragen sein, und das „Méfiez vous de la suggestion“ von Bernheim jedem Verhör zu Grunde legen. Hierauf muss beim Studium des Hypnotismus stets wieder hingewiesen werden, und schon darum allein ist es von grossem Werth, die Aufmerksamkeit der Juristen auf die Erscheinungen der Hypnose zu lenken. van Deventer.

---

213) **Wetterstrand**: Der Hypnotismus und seine Anwendung in der praktischen Medicin. (Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1890.)

Aus seiner reichen Erfahrung erzählt uns der Verfasser 125 Beispiele von Heilungen resp. Besserungen der verschiedensten Krankheiten durch die hypnotische Suggestion. Functionelle, doch auch organische Erkrankungen hat Verfasser günstig beeinflusst. Wenn auch eine directe Beeinflussung der Organerkrankungen durch hypnotische Suggestion an sich unmöglich erscheint, so hat er durch Beseitigung quälender Symptome, wie Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, Brustschmerzen etc., eine so wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens erzielt, dass ein Nachlass der Krankheit, bezügl. eine Heilung, leichter eintrat als unter anderen Verhältnissen. Eclatant sind seine Heilungen von Bleichsucht und allgemeiner Anämie, und zwar Fälle, in denen alle anderen Mittel erfolglos waren. Unter 35 Fällen von Epilepsie will er 2 geheilt haben; die eine Heilung betrifft ein 8jähriges Mädchen, das täglich bis 120 Anfälle (epileptische? Ref.) gehabt haben soll,

welches er in 2 Sitzungen heilte. Verfasser verfügt über eine Erfahrung von 60,000 Hypnosen; durch seine Behauptung, dass er so gut wie nie eine schädliche Wirkung der Hypnose gesehen habe, erhält die therapeutische Verwendbarkeit der Hypnose eine wesentliche Stütze. Der praktische Arzt, welcher sich mit hypnotischer Suggestion befassen will, wird in dem Buch reichliche Belehrung für die Praxis finden. Lehmann (Dalldorf).

---

214) Dr. **A. v. Török**: Grundzüge einer systematischen Kraniometrie. Ein Handbuch fürs Laboratorium. (Stuttgart 1890. pag. 631.)

Ein sehr beachtenswerthes Buch, das zunächst freilich wohl mehr der Kritik als der Praxis dienen wird. „Die Befreiung von den Fesseln, in welche die Kraniometrie durch die autoritative Schablone geschlagen wurde", das ist der Hauptzweck dieses Werkes (pag. 573). Nach Verf. besteht die Aufgabe der modernen — wissenschaftlichen — Kraniometrie (nach einem glücklich gewählten Bilde aus der Chemie) in der quantitativen Analyse der Schädelform. Um aber wissenschaftliche Arbeit überhaupt leisten zu können, muss die Kraniometrie soweit in ihre feinsten Einzelheiten ausgebildet werden, als dies bei der heutigen Technik möglich ist. Was dann der Eine oder der Andere für seine praktischen Zwecke für wichtig hält, das ist seine Sache (pag. 148).

Für den Irrenarzt und für den Gehirnarzt im weiteren Sinne — und für diese ist ja die Besprechung des angezeigten Werkes in diesem Centralblatt bestimmt — ist vorläufig nur wenig aus jenem zu entnehmen. Der Psychiater nimmt auf den Kopf resp. auf den Schädel doch nur insoweit Rücksicht, als er ihm eben Rückschlüsse auf die allgemeinen Verhältnisse der Grösse und Form des Gehirns, sowie auf angeborene oder erworbene Erkrankungen etc. desselben gestattet. Der Psychiater will bereits am lebenden Individuum das Vorhandensein einer Schädelabnormität nachweisen; wie sich dieselbe am macerirten Schädel in ihren Einzelheiten darstellt, oder wie sie zu Stande gekommen ist, berührt ihn zur Zeit nur wenig. Für ihn wird vorläufig die Kranioskopie mehr praktischen Werth haben, als die Kraniometrie im eigentlichen Sinne, und der letzteren hat Verf. sein Werk gewidmet.

Ich spreche hier allerdings nur meine persönliche Anschauung aus und möchte durchaus nicht anderen Hoffnungen entgegentreten. Immerhin habe ich einige Hundert von Irren- und anderen Schädeln auch kraniometrisch, nach der alten Schablone, untersucht und bin trotz des sehr guten Materials, das mir zur Verfügung stand, nur zu dem einzigen und daher durchaus nicht einwandsfreien Resultat gelangt, dass nämlich die Irrenschädel im Allgemeinen stärker gekrümmt sind und ein etwas grösseres Volumen besitzen, als die Normalschädel derselben socialen und geographischen Provenienz. Alles Uebrige, was den heutigen Irrenarzt am Schädel interessirt, konnte auch durch die alte Kranioskopie genügend genau untersucht werden, ohne dass es der Kraniometrie überhaupt bedurft hätte. Gewiss wird Verf. dabei Recht haben, wenn er den Grund für diese Resignation in der unzulänglichen Methode der „alten Schablone" sehen sollte.

Haben die Anthropologen nach jahrelangem Forschen endlich eine allen wissenschaftlichen Anforderungen genügende Methode ausgebildet, was bis jetzt trotz aller werthvoller Arbeiten nicht der Fall ist, so wird der Psychiater

nicht zaudern, die Resultate jener mühevollen Untersuchungen auch auf seinem Specialgebiet zu verfolgen. Einen Fehler würde er aber begehen, wenn er an pathologischen Schädeln, — und als solche sind doch alle Irrenschädel anzusehen — eine wissenschaftliche Methode ausbilden oder wenn er gar dieselben zur Aufstellung von Normalien benutzen wollte.

Wenn der Psychiater als solcher auch vorläufig keinen Nutzen aus der Török'schen Arbeit ziehen kann, so muss er es doch dankbar anerkennen, dass Verf. es unternimmt, von Grund auf die Kraniometrie umzugestalten, oder richtiger noch, sie auf neuen Fundamenten neu aufzubauen. Seine Methode scheint zu diesem Behufe wohlgeeignet zu sein und verdient daher die grösste Beachtung seitens der Anthropologen.

Etwas erschwert hat sich Verf. die Stellung des Reformators durch die Form, in der die bisherigen kraniometrischen Untersuchungen kritisirt werden. Wenn auch Benedikt, Kollmann u. A. Irrthümer untergelaufen sein mögen, sie sind doch immer Männer gewesen, die sich im ernsten Eifer für die Wissenschaft bemüht haben. Ihr Andenken wird ebenso wie das des allerdings mit vollem Recht perhorrescirten Camper'schen Gesichtswinkels und anderer Maasse in Ehren bleiben, auch wenn die Kraniometrie der Zukunft völlig auf Török's Principien aufgebaut sein wird.

Sommer.

---

# III. Aus Vereins- und Gesellschafts-Verhandlungen.

## Aus der New York Pathological Society.

Sitzung vom 28. Mai 1890. (The Medic. Rec. 19. Nov. 1890.)

215) **Ira van Giesen**: *Alternate paralysis due to multiple areas of softening in the pons Varolii.* (Gegenständige Lähmung in Folge multipler Erweichungsheerde in dem Pons.)

Eine 40jährige Frau erkrankte wenige Stunden nachdem sie im linken Beine eine gewisse Schwäche gespürt, dann bewusstlos geworden war, an linksseitiger Hemiplegie mit rechtsseitiger Facialis-Paralyse und Aphasie. Tod nach ca. 5 Monaten. Sectionsbefund: Schrumpfniere, geringe streifige Convexitäts-Meningitis, eine grosse erweichte Stelle in der rechten Pyramide, eine kleinere (2—4 Millimeter Durchmesser) zwischen linker Pyramide und Raphe, sowie eine ähnliche im Boden des 4. Ventrikels auf der rechten Seite zwischen der Raphe und dem Kerne des n. abducens. Die mikroskopische Untersuchung zeigte den letzteren gesund, dagegen war das rechtsseitige Facialis-Nervenbündel von seinem Kerne durch eine kleine erweichte Stelle getrennt.

---

## Aus der New York Academy of Medicine.

Sitzung vom 18. November 1890. (The Medic. Rec. 3. Januar 1891.)

216) **J. C. Minor**: *The indications for trephining in Epilepsy.*

Minor trepanirt, vorausgesetzt, dass die arzneiliche Behandlung oder die Ent-

fernung peripherer Reize durch andere Mittel nichts nützte: 1) bei der Epilepsie in Folge von Fracturen und anderen Schädelverletzungen; 2) bei denjenigen Fällen von Epilepsie, in welchen die einzig nachweisbare Verletzung in einer Wunde der Schädeldecken bestand, deren Narbe empfindlich ist und auf Druck entweder eine Aura, oder Schwindel oder einen epilept. Anfall hervorruft; 3) bei allen traumatischen und nicht traumatischen Epilepsien, in welchen der Charakter und die Entwickelung der Anfälle auf eine bestimmte motorische Zone als den Sitz einer corticalen Läsion deuten. — Am wenigsten geeignet zur Operation hält M. die Fälle, in welchen es auf Grund langer Dauer schon zu geistigen Schwächezuständen gekommen ist oder in denen von vornherein die Anfälle allgemein und plötzlich auftraten oder in denen Symptome ausgedehnter cerebraler Läsionen vorhanden sind oder endlich diejenigen Fälle, in welchen weder die Symptome noch die Anamnese auf eine Rindenläsion schliessen lassen. — Betreffs der Zeit der Vornahme der Operation warnt M. vor zu frühem, insbesondere jedoch vor zu spätem Operiren: im Ganzen sind die Aussichten auf Genesung um so günstiger, je früher operirt wird. Robert F. Weis schliesst sich Minor's Ansichten vollkommen an, zumal sich dieselben mit denen Bergmann's deckten; der einzige dunkle Punkt sei nur noch die hohe Sterblichkeit (20 und mehr v. H.), doch würde diese sich sicher allmählich mehr und mehr vermindern. Robert Abbe will Fälle idiopathischer Epilepsie nur trepaniren, wenn es sich um stark progressive oder degenerative Formen handelt: man erreiche hier zuweilen wenigstens zeitweise Erleichterung. Fischer sagt, dass einzelne Fälle traumatischer Epilepsie Kinder mit „spastischer Hemiplegie“ betrafen: hier seien nach der Operation die Anfälle verschwunden, die geistigen Functionen gebessert worden. Landon Carter Gray möchte über den Werth der Trepanation noch kein endgültiges Urtheil fällen; vor der Hand habe man sich noch nicht daran gewöhnt, die operirten Epileptiker genügend lange zu beobachten; man spreche vielmehr oft von Heilung, wo nur, wie dies oft genug auch in nicht operirten Fällen vorkomme, eine Latenz der Symptome stattfand. Voigt (Oeynhausen).

---

# IV. Kleinere Mittheilungen.

217) **Unter den „Wochen-Neuigkeiten“ in der Medic. Record** vom 29. November 1890 findet sich folgendes auf das Irrenwesen Bezügliche:

Die New York State Commission in Lunacy hat beschlossen: 1) dass jeder im Irrenhause befindliche Kranke mindestens aller 14 Tage an Verwandte oder Freunde schreiben oder schreiben lassen darf. Werden derartige Briefe beschlagnahmt, so sind sie an die Commission mit Angabe der Gründe für die Beschlagnahme einzusenden. Alle an Staatsbeamte, Gerichtshöfe und Bezirks-Anwälte gerichteten Briefe müssen ohne Prüfung sofort abgesandt und in dem Falle, dass der Kranke das Porto nicht bezahlen kann, von der Anstalt selbst postfrei gemacht werden. Und 2) dass kein Anstalts-Geisteskranker, der nach dem Urtheile des Anstalts-Arztes sich oder Andern gefährlich ist, auf Zeit entlassen werden darf, dass im Uebrigen eine solche

Urlaubszeit niemals 30 Tage überschreiten darf, dass ein entflohener Patient mit allen Mitteln wieder einzufangen ist, und endlich, dass ein auf Zeit entlassener oder entwischter Kranker, der innerhalb 30 Tagen nicht zur Anstalt zurückkehrt, aus der Anstalts-Liste zu streichen und dass davon der Commission Nachricht zu geben ist. Ein solcher Kranker soll dann nur auf ein neues ärztliches Krankheitszeugniss wieder zur Anstalt zugelassen, die Kosten für Zeugniss und Rückkehr von der Anstalt getragen werden.

In den folgenden Nummern der Medic. Record finden sich mehrfache Besprechungen einer Lücke in dem neuen Irrengesetze; es sei nämlich für diejenigen Geisteskranken nicht gesorgt, die nicht genügende Mittel zum Leben in den gewöhnlich so theuern Privatanstalten hätten, jedoch gewohnt seien, höhere Ansprüche an den Anstaltsaufenthalt zu machen, als sie in den Staatsanstalten befriedigt werden könnten; der Staat möge für solche Leute besondere Anstalten errichten, in denen sie gegen eine mässige Pension standesgemässe Aufnahme finden könnten.

V.

---

# V. Feuilleton.

## Ueber Sanatorien.

Vortrag, gehalten in der 58. Generalversammlung des ärztlichen Bezirksvereins zu Köln am 18. October 1890.

Von Dr. AUGUST MEYER,
aus Eitorf a. d. Sieg.

Die Sanatorien sind wie die Krankenhäuser und Heilanstalten Einrichtungen zur Beseitigung von Gesundheitsstörungen.

In jüngster Zeit ist die Einrichtung von Volks-Sanatorien speciell für Tuberkulöse zur Discussion gelangt. Die Sache ist gewiss gut; dass aber in diesem wie in anderen Fällen die Bezeichnung die richtige sei, das bezweifele ich. Im Interesse der Sanatorien möge darum der Versuch einer festeren Begrenzung des ihnen zu Grunde liegenden Begriffes freundliche Aufnahme finden. Es werden sich dann hieraus die Gebiete ergeben, denen zu dienen das Sanatorium bestimmt ist, sowie die Mittel zur Erreichung seiner Zwecke.

Herr Prof. Samuel sagt in Eulenburg's Encyklopädie: „Unter *Sanatorien* versteht man die zur Pflege von *Kranken* und *Reconvalescenten* dienenden Anstalten, Einrichtungen, Aufenthaltsorte, in denen *Kranke* und *Schwächliche . . . geheilt* resp. *gebessert* und gekräftigt werden sollen.“ Diese Begriffsbestimmung entspricht dem heutigen Gebrauch des Wortes. Sind denn aber Stätten, welche zur *Heilung von Kranken* dienen, Sanatorien? Das sind Krankenhäuser oder Heilanstalten. Nach meinem Dafürhalten aber kann das Sanatorium nach dem dem Worte innewohnenden Begriffe nicht als Concurrenzerscheinung diesen Anstalten gegenübertreten. Es sollten die Gebiete Beider streng geschieden bleiben, da ein Sanatorium aus vielen wesentlichen Gründen aufhört Sanatorium zu sein, sobald es die Erfüllung

der Aufgaben des Krankenhauses übernimmt. Für viele dem Sanatorium zukommenden Fälle mag die Verbindung einer Krankenabtheilung mit dem Sanatorium zur vorübergehenden Dislocirung erkrankter Sanatorier zweckmässig sein, doch muss dieselbe dann in genügender räumlicher Entfernung liegen und keinen stationären Charakter tragen.

Aufgabe des Krankenhauses ist Heilung der Krankheit. Die Aufgabe des Sanatoriums ist eine andere.

Gesundheit und Krankheit sind Zustände des Organismus, deren Verschiedenheit auf einer Modification seiner Lebensäusserungen beruht. Diese letzteren aber sind der Ausdruck einer Energie, die sich *zellulär* in den vegetativen Vorgängen der *Ernährung* und *Differenzirung*, *organisch* aber als *Function* äussert.

Bezeichnen wir als *Gesundheit* den Zustand des Organismus, in welchem seine Lebensäusserungen sich innerhalb einer als *normal* zu bezeichnenden anatomischen und physiologischen Breite[1]) bewegen, so ist *Krankheit* der Zustand, in welchem diese Erscheinungen der Energie in Folge alterirender Einflüsse über die normale Breite hinaus in das Gebiet des Pathologischen hinübergehen.

Die Energie der Gewebe kann aber auch in entgegengesetzter Richtung modificirt erscheinen, d. h. sie kann bis zur unteren Grenze des normalen Gesundheitszustandes sinken, — dann haben wir eine schwache Gesundheit —, sie kann aber auch unter diese Grenze hinabgehen und dadurch Zustände des Organismus schaffen, die nicht Gesundheit und nicht Krankheit sind. Ich bezeichne sie als Schwäche- und Erschöpfungszustände.

Unter *Schwäche* verstehe ich also eine unter das normale Maass verminderte Leistungsfähigkeit der Organe in Folge ungenügender Ernährung und Differenzirung ihrer organisirten Elemente; unter *Erschöpfung* aber eine unter die Norm verminderte Ernährung und Differenzirung der Elementarorgane in Folge übermässiger Leistung der Organe.

Bei *Krankheitszuständen* handelt es sich also um Reducirung einer gesteigerten Energie; bei schwacher Gesundheit, Schwäche- und Erschöpfungszuständen um Steigerung einer reducirten Energie. Jenes ist die Aufgabe des Krankenhauses, dieses die Aufgabe des Sanatoriums.

Hiernach wäre das Sanatorium eine Einrichtung zur Pflege und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Beseitigung eines anormalen Zustandes des Organismus, der in Folge einer unter die normale Breite reducirten Energie der Gewebe als Schwäche und Erschöpfung erscheint.

In möglichst strenger Begrenzung den Heilzwecken des Krankenhauses gegenüber soll sich das Sanatorium auf die ärztliche Behandlung dieser Zustände beschränken. Ich habe darum mein Sanatorium als eine für Erholungsbedürftige geeignete Einrichtung bezeichnet, die zugleich zur ärztlichen Behandlung von Schwäche und Erschöpfungszuständen dient.

Die *Ursache* der *Schwäche* liegt also in den Ernährungsvorgängen der Elementarorgane, die Ursache der *Erschöpfung* in den Functionen der Organe.

Diese Anomalien der Gewebsenergie sind entweder ein angeborenes

---

[1]) Für die normale elektrische Erregbarkeit z. B. fand Stintzing an ein und demselben Individuum eine mittlere Strombreite von faradisch 44 Millimeter Rollenabstand, galvanisch von 2,3 M.-A etc. (Therap. Monatsh., October 1890, p. 523. Ref.).

Erbtheil oder eine Acquisition des selbständigen Organismus. Die Schwäche kann Beides sein; Erschöpfung nur Letzteres. Als Folge übermässiger Leistung der Organe kann sie eine Erscheinung sowohl des gesunden wie des geschwächten und des erkrankten Organismus sein.

Eine der obigen Begriffsbestimmung entsprechende Auffassung der Leitung des Sanatoriums erscheint mir nicht nur wissenschaftlich, sondern auch praktisch motivirt. Dem Kranken ist der Kranke keine anstössige Erscheinung, er geht, wenn er es für zweckmässig erachtet, gerne in's Krankenhaus. Der Sanatorier aber will mit Kranken nicht in Berührung kommen. Ein richtiger Instinct treibt ihn von allen kranken Erscheinungen hinweg, und er thut wohl daran, demselben zu folgen. Was er bedarf, ist eine ihm wohlthuende Atmosphäre, und nicht neuer Schmerz, für den ihn seine gesteigerte Erregbarkeit ganz besonders empfindlich macht. Für alle durch Mangel an Constanz der animalen Energie ausgezeichnete Zustände halte ich eine gesunde Umgebung für sehr werthvoll; sie übt auf die Dauer, vielleicht durch suggerirte Widerstandssteigerung, einen regulirenden Hemmungseinfluss aus.

Wenden wir uns nun zu den dieser Begriffsbestimmung entsprechenden einzelnen Formen von Gesundheitsstörungen, so erscheint mir die Ermittelung und systematische Gruppirung derselben zwar als eine für die leichtere Auffassung des sanatorischen Arbeitsfeldes wichtige Aufgabe, deren Ausführung jedoch den Rahmen dieses Vortrages weit überschreiten würde. Ich glaube mich deshalb auf einige praktische Andeutungen und summarische Anführungen beschränken zu sollen.

Die Behauptung, dass die Energie der Generationen unserer Zeit durch zahlreiche Momente bedroht ist, begegnet wohl keinem Zweifel. Seit die Anwendung der Dampfkraft die Verkehrsgrenzen eines jeden Menschen um mindestens das zehnfache erweiterte und städtische Krystallisationspunkte für Arbeit und Erwerb, für Kunst und Wissenschaft schuf, machen nicht nur alle Einrichtungen des öffentlichen Lebens, entsprechend ihren grösseren Dimensionen, gesteigerte Ansprüche an die Arbeitskraft der ihnen dienenden Personen, auch das Arbeitsfeld des nur für den Kreis der Seinigen wirkenden Privatmannes hat eine gegen früher unvergleichliche Erweiterung erfahren. Die auf allen Gebieten, von der Hebamme bis zum Todtengräber, gesteigerte Concurrenz zwingt ihn zur äussersten Anspannung seiner geistigen und körperlichen Kräfte. Selbst die Stunden behaglichen Ausruhens nach gethaner Arbeit sind für die vorüber, die in ihrer gesellschaftlichen Stellung oft zwingende Veranlassung zu neuen Anstrengungen erkennen zu müssen glauben, während Andere der Genusssucht zum Opfer bringen, was die Arbeit an gesunder Energie übrig liess. Der früher als berechtigt anerkannte Grund zur Frage: „Keine Ruh bei Tag und Nacht“ ist heute die stillschweigend hingenommene, aber darum nicht wirkungslos gewordene Regel. Bei gigantischen Constitutionen treten die Folgen vielleicht nur als Verminderung der physiologischen Functionen, als Unlust, Abspannung, Reizbarkeit etc. auf, im Wesentlichen aber halten sie sich über Wasser, während minder kräftig angelegte Naturen Functionsstörungen der verschiedensten Art bis zur Erschöpfung der wichtigsten Lebenscentren davon tragen. Eine rechtzeitige Ausspannung aus den consumirenden Verhältnissen bietet die einzige Möglichkeit der Rettung.

Aber diese *rechtzeitige* Ausspannung, in wie viel Fällen geschieht sie?

Meist begnügt man sich mit einem mehrwöchentlichen Land- oder Küstenaufenthalt unter den denkbar ungünstigsten Hotelverhältnissen. Man bleibt gerne sein eigener Herr. „Gut Essen und Nichtsthun," so lautet die Volksdoctrin. Abgesehen von Allem, was zu thun und nicht zu thun nöthig wäre, ist das „Nichtsthun" noch lange nicht Erholung, ja, wenn an die Stelle neuer besonderer Anregung erschlaffende Langeweile tritt, dann führt das Nichtsthun weit ab vom Ziele. Von solchem Genuss fühlt sich der Kurgast bald gesättigt, und im Gefühl dieser Sättigung kehrt er vermeintlich neu gestärkt in die alten Verhältnisse zurück, um bald tiefer denn zuvor zu sinken. Wiederholt sich der Turnus einigemale, erweisen sich die der Gesundheit gebrachten Opfer als vergeblich, dann kommt es ja nach den leitenden Grundsätzen oft zu dem schlimmsten Entschlusse. Wie viele der heutzutage häufigen Selbstmorde von Jung und Alt mögen wohl unter dem Einfluss eines neurasthenischen Gesundheitszustandes begangen werden? Die einigermaassen hochentwickelte Neurasthenie bedarf in allen Fällen und vor allem Anderen der umsichtigsten, sachverständigen Führung. Diese Ansicht oder dieser Glaube muss dem Leidenden auch von seinem Arzte beigebracht werden, denn ist sich derselbe des bedenklichen Charakters seines Zustandes nicht bewusst, unterschätzt er denselben, so folgt er der Führung nicht. Es giebt Neurastheniker von einer alles Andere erdrückenden Rechthaberei. Dieselbe ist immer ein Zeichen reizbarer Schwäche und will sehr vorsichtig behandelt sein. Aber auch der gut benutzte Aufenthalt im Sanatorium wird dem Neurastheniker für die Folge nichts nützen, wenn er die darin erhaltene Anleitung nicht benutzt, um zu einer richtigen Lebensführung, zu der erforderlichen Oekonomie der Kräfte zu gelangen. Darin gipfelt nach meinem Dafürhalten die Aufgabe des Sanatoriums. Wenn man's richtig anfängt, kann man viel erreichen, denn im Grunde genommen lässt der Mensch sich gerne helfen.

Das Schicksal des Mannes lässt auch die Frau nicht unberührt. Wohlleben und Sorge oder Mangel und Kummer zehren am Mark des häufig schon auf der Schulbank geschwächten Organismus. Gerade das den weiblichen Körper charakterisirende Vorwiegen der vegetativen Lebenserscheinungen (auch wohl als „zartere Veranlagung" bezeichnet), erfordert die sorgfältigste Berücksichtigung aller Momente, die zu einer vollkräftigen Entwickelung der einzelnen Organe beizutragen vermögen. Statt dessen sitzt da so ein weiches Geschöpfchen während der ganzen Zeit seiner körperlichen Entwickelung im vermeintlichen Interesse seiner geistigen Ausbildung auf der Schulbank und darf in einer guten Schule noch nicht einmal das Hälschen wenden. Auch die Kinder der untersten Classen sollen während des Unterrichts das Gesicht der Lehrerin nicht aus den Augen verlieren. Es ist das eine gute Disciplin für Soldaten, aber eine schlechte für kleine Mädchen. — Die verminderte Energie äussert sich zunächst durch die Functionen der im weiblichen Organismus wahrscheinlich von Hause aus zarter entwickelten Differenzirungsproducte des vom animalen Pole der Keimblase aus sich bildenden Primitivorgans für das animale Leben. Die zartere Beschaffenheit der Epidermis lässt dies vermuthen. Die verminderte Energie der nervösen Centralorgane lässt Functionsstörungen auf allen von ihnen beherrschten Gebieten auftreten und schafft jenes traurige vielgestaltige Schicksal der Hysterie. War schon die Neurasthenie ein difficiles Behandlungsobject, so ist es die Hysterie noch viel mehr, und verdient darum das bei jener Ge-

sagte gesteigerte Beachtung. Das Schlimmste aber ist, dass dieser mehr oder weniger ausgebildete Zustand sich als schwache Constitution mit nervöser Veranlagung auf die Descendenz überträgt, wenn nicht gleichzeitig die verminderte Energie im Uro-Genitalsystem Zustände schaffte, welche die Prolification inhibiren. Ob und in wie weit dies ein Grund für die Abnahme der Bevölkerungsziffer in allen Culturstaaten ist, das weiss ich nicht. So viel ich erfahren konnte, giebt es bis jetzt keine Statistik über die Anzahl der Geburten in den gebildeten Classen gegenüber derjenigen in den arbeitenden Classen. Allgemein aber werde angenommen, dass die Geburtsziffer unter der ärmeren Bevölkerung höher als unter der wohlhabenden sei. Dass aber dem zarten Sprössling solch einer Mutter die Erledigung der Schularbeiten zu einer seinen Kräften unangemessenen Aufgabe werden kann, das ist leicht zu verstehen. Die schon in der Anlage, der mütterlichen Eizelle, vorhandene Energiereduction ist wohl der erste Grund der vielbeklagten und factisch vorhandenen Ueberbürdung der Jugend durch die Schule; die mangelhafte Einsicht einer mitunter ehrgeizigen Schulleitung oder Unterrichtsertheilung der zweite.

Ausser den bisher genannten functionellen Neurosen eignen sich für die Behandlung im Sanatorium noch insbesondere die Hypochondrie, Migräne und die Basedow'sche Krankheit. Ihnen reihen sich von den Formen allgemeiner Ernährungsstörungen an: die Anaemie, Chlorose, Leukaemie, Diabetes mellitus und die Fettleibigkeit.

Unter den als „Diathese" bezeichneten Störungen des Gesammtorganismus ist bis jetzt vorzugsweise die Scrophulose in nähere Beziehung zu sanatorischen Einrichtungen getreten. So lange sich dieselbe nur als allgemeine Ernährungsstörung äussert, lasse ich das gelten, sobald sie aber zu localisirten Gewebsstörungen führt, gehört sie in's Krankenhaus resp. in die Heilanstalt. Ebenso ist es mit der Tuberculose. Sanatorien in meinem Sinne für Tuberculose kann es nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft nicht geben, da wir es bei der Tuberculose immer mit einer Krankheit zu thun haben, welche zudem erst mit dem Auftreten von Gewebsstörungen diagnosticirt werden kann. Eine derartige Einrichtung müsste deshalb als Heilanstalt bezeichnet werden. —

Zahlreiche für das Sanatorium geeignete Fälle gehen ferner aus den Reihen acuter Erkrankungen und eingreifender Operationen im Stadium der Reconvalescenz hervor.

Was nun bezüglich der *Mittel* des Sanatoriums zunächst den Umfang der Einrichtung anbetrifft, so halte ich dafür, dass derselbe auf das für ein ruhiges Hauswesen erforderliche Maass beschränkt bleiben muss. Die Gründe dafür liegen nahe, und muss ich mich wundern, dass man stellenweise so weit in's Gegentheil vorgedrungen ist. Die Aufnahmeziffer hat aber auch eine untere Grenze. Dieselbe ist u. A. bedingt durch die Möglichkeit der Auswahl eines zusagenden Verkehrs, durch die wünschenswerthe Mannigfaltigkeit der den häuslichen Kreis belebenden Geister und dann auch durch die für die Rentabilität der Einrichtung erforderliche Einnahme. Je geringer die Aufnahmeziffer, desto höher die Preise.

Das Sanatorium aber besteht nicht nur aus dem Gebäude mit seiner wohnlichen und wissenschaftlichen Einrichtung, es gehört dazu Himmel und Erde, d. i. Klima und Boden in einem grösseren Umfange. Das Terrain muss aber für jeden einzelnen Fall kurgemäss gewählt und ausgenutzt

werden. Es können dadurch Promenaden zum angenehmsten Ersatz der Gymnastik werden, zu der sie sich verhalten wie eine Sprache zu ihrer Grammatik. Terrainkuren können noch durch ganz andere Einflüsse als durch die formale und klimatische Terrainbeschaffenheit auf die Ernährung wirken; der Gemüthszustand ist häufig von noch wesentlicherem Einfluss auf dieselbe als die Bewegung.

Ueber die an das Haus gebundenen Mittel des Sanatoriums, die Diät, Hydro- und Elektrotherapie, Fluss-, medicinische und elektrische Bäder, Massage und Gymnastik darf ich mich heute in Ansehung des Raumes nicht weiter äussern.

---

# VI. Tagesgeschichte.

— **Der zehnte Congress für innere Medicin** hat vom 6. bis 9. April unter Prof. Leyden's Vorsitz in Wiesbaden stattgefunden. Unter den angemeldeten Thematen nennen wir folgende: Mittwoch, 8. April: *Angina pectoris.* Referenten A. Fraenkel (Berlin) und A. Vierordt (Heidelberg). — Knoll (Prag), Zur Lehre von den krankhaften Veränderungen der quergestreiften Literatur. — Quincke (Kiel), Ueber Hydrocephalus. — Eichhorst (Zürich), Wahrnehmungen über den Patellar-Lehnen-Reflex bei Tabes dorsalis. — Leubuscher (Jena), Klinische Untersuchungen über die Säureabscheidung bei Geistes- und Nervenkrankheiten.

— Eine neue „**Zeitschrift für Nervenheilkunde**“ erscheint von Ostern ab unter Redaction von Prof. Strümpell, im Verlage von F. C. W. Vogel in Leipzig. Ihrem Programm nach will diese Zeitschrift die von dem Zusammenhange mit der Psychiatrie losgelöste, sozusagen reine Neurologie cultiviren. Referate will sie nicht bringen. Als Herausgeber bezeichnen sich Erb, Lichtheim, Fr. Schultze und Strümpell. Die Mitarbeiter der Zeitschrift recrutiren sich im Wesentlichen aus den akademischen Kreisen Süd- und Südwestdeutschlands; von Psychiatern finden sich darunter zwei, G. Fischer (Constanz) und Zacher (Ahrweiler).

— Eine neue „**Zeitschrift für Neurologie**“ erscheint seit Anfang April in Neapel, herausgegeben von Prof. Bianchi, Docenten der Psychiatrie, und Prof. Vizioli. Unter dem Titel „Annali di Neurologia“ stellt dieselbe eine Fusion von „La Psichiatria“ und dem „Giornale di Neuropatologia“ dar. Verleger ist Clausen in Turin; der Abonnementspreis beträgt für das Ausland 12 Francs.

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 Mai.** Neue Folge II. Band.


## I. Originalien.

### I.

Mittheilung aus dem Ambulatorium für Nervenkrankheiten des Professors Dr. Laufenauer in Budapest.

### Ueber einen Fall von Poliomyelencephalitis chronica.


Mitgetheilt von Dr. KARL SCHAFFER,
Assistenten.


Anton K., 39 Jahre alt, Metallgiesser, verheirathet, suchte am 6. Mai 1890 unser Ambulatorium mit folgenden Beschwerden auf. Patient trug vor sieben Monaten einen schweren Kessel, wobei er plötzlich das Gefühl vernahm, diesen aus den Händen fallen lassen zu müssen. Von dieser Zeit angefangen empfand er eine stete Abnahme seiner Kräfte, derart, dass er in letzter Zeit auch stehen nur schwer konnte, und bereits nach geringfügiger Bewegung kraftlos zusammenfiel. Eine weitere Klage besteht darin, dass die Augen bei Seitenblicken leicht ermüden; im September 1889 bemerkte Patient zuerst, dass er doppelt sehe. Dieser Zustand hielt vier bis fünf Wochen an, hörte aber nachher theilweise auf, während vor vier Wochen die Diplopie mit erneuter Kraft sich einstellte. Schlucken vermag der Kranke gleichfalls nur schwer, ebenso verursacht das Sprechen ihm besondere Beschwerden. — Patient litt als kleines Kind an Urticaria; onanisirte vom 14. bis 19. Jahre und stellt jede luetische Infection entschieden in Abrede. Uebrigens war er immer gesund.

*Status praesens.* Schädel normal gebaut.

Beiderseitige Ptosis; Patient vermag nicht seine Augen vollkommen zu schliessen, wie auch nicht die oberen Augenlider zu heben. Pupillen etwas difform, enger, die rechte etwas weiter als die linke; beide reagiren sowohl auf Licht wie bei Accommodation (die rechte lebhafter als die linke). — Augen-

bewegungen beträchtlich behindert. Das rechte Auge kann lateralwärts ziemlich, medialwärts äusserst beschränkt bewegt werden, während der linke Bulbus diese Bewegungen absolut nicht ausführen kann. Das rechte Auge wird lateral-aufwärts, sowie lateral-abwärts ziemlich, dagegen medial-aufwärts wie medial-abwärts nur sehr beschwerlich rotirt; das linke Auge kann aber die zuletzt erwähnten Bewegungen nur insofern ausführen, indem es auf- und abwärts sich noch bewegen kann. Bei der Prüfung der Augenbewegungen ergreift Patienten ein Schwindelgefühl.

Beiderseitige Faciales sind paretisch: der Kranke kann weder pfeifen noch ausspucken. Die Aussprache der Lippenbuchstaben geht schwer. Hauptsächlich die linke Nasolabialfurche ist verschwommen. Die Runzelung der Stirn wird, obwohl etwas kraftlos, ausgeführt.

Die vorgestreckte Zunge zittert nicht und erscheint etwas flacher. Die Zungenbewegungen sind etwas träge und erlahmen bald. Die Schlundbögen heben und contrahiren sich bei der Phonation gut.

Das Schlucken geschieht schwer. Die Flüssigkeiten regurgitiren oft durch die Nase.

Salivation zeigt sich bei dem Kranken nicht und wurde durch denselben bisher an sich auch nicht wahrgenommen.

Die Muskulatur der oberen und unteren Extremitäten erscheint atrophisch. Dies erhellt besonders aus dem geringeren Volumen des Thenar und Antithenars. Der linke Vorderarm ist etwas atrophischer als der rechte. Die Muskelkraft ist bedeutend gesunken; beide Hände können am Dynamometer nicht mehr als vier Kilo drücken. Das Heben, Beugen und Strecken der Extremitäten ist möglich, doch sind die Bewegungen langsam und kraftlos und ermüden bald. Muskulatur schlaff. Patient beklagt sich, dass der Löffel aus seiner Hand fällt und dass er sich selbst nicht anziehen könne. Tricepsreflexe vermindert, Kniephänomen lebhaft. Elektrische Exploration mit dem faradischen Strom:

Ramus frontalis links 80 mm RA, rechts 85 mm RA. M. orbic. orb. l. 88, r. 80. M. orbicul. oris l. 103, r. 108. M. interosseus I. l. 76, r. 72. N. ulnaris l. 98, r. 90. M. extensor indicis l. 76, r. 70. M. opponens poll. l. 90, r. 85. N. peroneus l. 65, r. 72. M. peron. long. l. 69, r. 69.

Galvanischer Strom:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ramus frontalis: | l. 2,0 MA Ka SZ, | 8,0 MA An S u. ÖZ, | 6,0 MA Ka ÖZ, |
| | r. 1,9 MA Ka SZ, | 7,0 MA An S u. ÖZ, | 8,0 MA Ka ÖZ. |
| M. orbic. orb.: | l. 2,4 MA Ka SZ, | 5,0 MA An SZ. | |
| | r. 2,5 MA Ka SZ, | 5,0 MA An SZ. | |
| M. orbic. oris: | l. 1,2 MA Ka SZ, | 1,7 MA An SZ. | |
| | r. 1,2 MA Ka SZ, | 1,5 MA An SZ. | |
| N. ulnaris: | l. 1,2 MA Ka SZ, | 3,2 MA An SZ. | |
| | r. 1,2 MA Ka SZ, | 3,8 MA An SZ. | |
| M. supinat. long.: | r. 4,5 MA Ka SZ, | 8,0 MA An SZ. | |
| N. peroneus: | l. 1,5 MA Ka SZ, | 4,6 MA An SZ. | |
| | r. 1,4 MA Ka SZ, | 5,5 MA An SZ. | |
| M. peroneus long.: | l. 4,5 MA Ka SZ, | 6,5 MA An SZ. | |
| | r. 3,0 MA Ka SZ, | 4,4 MA An SZ. | |

Es ist zu bemerken, dass die Muskeln bei der directen wie indirecten Reizung nicht mit einer tonischen, sondern mehreren clonischen Con-

tractionen antworten; die Reaction ist prompt, doch ermüdet sie bald. Die untersuchten Muskeln zeigten keine Entartungsreaction.

Die Cutanempfindlichkeit ist intact, gleichwie der Muskelsinn. Thermoanästhesie ist nicht vorhanden. Patient taumelt stark mit geschlossenen Augen, im Finstern angeblich ebenfalls. Keine Ataxie. — Kein Gürtelgefühl.

Die Gesichtsempfindungen weisen keinen Mangel auf. Patient erkennt von 5 Meter Personen und Farben fehlerlos.

Gehör, Geschmack, Geruch intact.

Stuhl, Appetit normal. Herzklopfen, Athembeschwerden nicht vorhanden. Die vegetativen Functionen, insbesondere jene der Blase und des Mastdarms in Ordnung.

Es erhellt aus obigen Angaben, dass bei dem Kranken einzig die motorische Sphäre des Nervensystems Veränderungen aufweist. Angegriffen sind beiderseitig: der Oculomotorius, Trochlearis, Abducens, Facialis, Vago-Accessorius und Hypoglossus, wie auch die bilateralen spinalen motorischen Kerne. Auffallend ist es, dass die Sinnesorgane, Gefühl, Gesicht, Gehör, Geschmack, Geruch, nicht die mindeste Anomalie aufweisen.

Wir können daher nur eine solche elective Affection in Betracht ziehen, welche die motorische graue Substanz des Hirns und Rückenmarks, d. h. die spinalen motorischen Vorderhornzellen und die mit letzteren homologen motorischen Kerne der Oblongata und des Mittelhirns ergriffen hat. Wir müssen den Fall als eine Combination dreier verwandter Processe auffassen: a) von Polioencephalitis superior s. Ophthalmoplegia nuclearis, b) von Polioencephalitis inferior s. Bulbärparalyse und c) von Poliomyelitis chronica anterior. Den Fall bezeichnen wir mit einem Namen: *Poliomyelencephalitis chronica*.

Der mitgetheilte Fall gehört in dieser Form zu den Seltenheiten. Die Combination der Ophthalmoplegie mit der Bulbärparalyse ist wohl bekannt, wie auch jene der Bulbärparalyse mit der spinalen Muskelatrophie. Die Affection symmetrischer, bilateraler und homologer Nervenkerne im oben präcisirten Umfange ist aber, falls meine literarischen Kenntnisse nicht trügen, äusserst selten; in der einschlägigen Literatur fand ich nur einen einzigen Fall von Seeligmüller (Neurol. Centralbl. 1889) aufgezeichnet.

Ueber das Wesen des Processes kann ich mich nicht äussern. Patient stellt eine luetische Infection entschieden in Abrede. Als eigenthümlicher Zug des Falles sei aber erwähnt, dass die Symptome im späteren Verlaufe eine variirende Intensität zeigten; so war z. B. die Ptosis bald stärker, bald schwächer vorhanden, die Muskelkraft der Extremitäten zeigte keine progressive Abnahme, die Aussprache der Lippenbuchstaben konnte zeitweise leichter ausgeführt werden. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass das oben geschilderte Bild durch einen chronischen Entzündungsprocess von variirender Intensität hervorgerufen wird.

Budapest, im März 1891.

---

II.

## Zur Individualpsychologie.

Von Docent Dr. H. MÜNSTERBERG in Freiburg.

Die experimentelle Psychologie hat neuerdings in wachsendem Maasse einsehen müssen, dass die Untersuchung der psychischen Gesetzmässigkeiten stetig durch individuelle Zufälligkeiten durchkreuzt wird, durch individuelle Abweichungen, welche noch in der Grenze des Normalen bleiben, aber doch genügend vom Durchschnitt abliegen, um jede Generalisation, die sich auf Beobachtungen an einem Einzelnen stützt, zu entwerthen. Es gilt also, die normalen psychischen Individualverschiedenheiten zu studiren, und es liegt nahe, die Beziehung dieser Verschiedenheiten zu äusseren und inneren Einflüssen ins Auge zu fassen. In diesem Sinne habe ich begonnen, statistische Erhebungen über den Einfluss der berufsmässigen Beschäftigung auf die psychische Constitution zu veranstalten; ich will untersuchen, ob der geistige Habitus des Arbeiters, des Arztes, des Juristen, des Lehrers, des Kaufmanns, des Offiziers u. s. w. in den Elementen erkennbare Verschiedenheiten aufweist, und will vornehmlich die verschiedenen Schularten, Gymnasium, Realgymnasium, Realschule, Volksschule, Mädchenschule u. s. w. Klasse für Klasse prüfen, um den Einfluss des verschiedenartigen Unterrichts auf die geistige Organisation des Kindes in exacter, für die Schulfrage vielleicht nicht ganz unwesentlicher Weise festzustellen.

Es mag mir später erlaubt sein, auf die Resultate dieser, naturgemäss sehr langsam fortschreitenden, experimentell-statistischen Erhebung zurückzukommen. Vorläufig möchte ich nur das Schema meiner Untersuchung angeben, das sich mir nach langen Vorversuchen als das geeignetste erwiesen hat, insofern es wirklich ausreichend erscheint, um die individuellen Schwankungen deutlich hervortreten zu lassen; die bezüglichen Fragestellungen bei Galton, Cattell u. A. dringen bei Weitem nicht tief genug in die psychische Constitution ein, während die Intelligenz-Prüfungsvorschriften von Rieger u. A. nur für pathologische Fälle in Betracht kommen. Es bedarf kaum des Hinweises, dass ich die Mittheilung an dieser Stelle deshalb veröffentliche, weil es dem Degenerationsanthropologen wie dem Psychiater ebenfalls von Werth sein muss, ein Schema für die psychische Untersuchung zu besitzen, das auch die feineren Nüancirungen des Geistes scharf hervortreten lässt. Dasselbe ist, wie gesagt, nicht willkürlich ersonnen, sondern aus zahllosen Vorversuchen langsam herausgewachsen.

Die Hauptprüfung basirt auf dem Princip der Zeitmessung, bei der selbstverständlich nicht die absoluten, sondern die relativen Zahlen von Bedeutung sind. Da die Untersuchung Vorgänge misst, für welche Tausendstel der Secunde gar nicht in Betracht kommen und ausserdem die Tausendstelsecundenuhren mit ihrer elektrischen Auslösung zu umständlich sind für Arbeiten ausserhalb des Laboratoriums, wie in Schulklassen u. s. w., so habe ich eine lediglich mechanisch functionirende Hundertstelsecundenuhr bauen lassen, deren Ein- und Auskoppelung überdiess mit dem Fuss erfolgt, so dass die Hände des Experimentators frei sind. Für oberflächlichere Versuche genügt schon eine Taschenuhr mit Fünftelsecunde. Die Versuche beginnen damit, dass die Versuchsperson zehn Worte liest, die gross gedruckt

unter einander stehen; die Worte sind theils einsilbig, theils mit tonloser zweiter Silbe. Das Blatt mit den Worten ist bis zum Moment der Uhreinkoppelung verdeckt; die Versuchsperson liest, so schnell sie es mit deutlicher Aussprache vermag. Es schliesst sich daran die Association von Farbenbezeichnungen; wieder werden zehn Worte gelesen, aber nicht die betreffenden Worte werden ausgesprochen, sondern die Farben, welche ihnen zukommen. Selbstverständlich müssen dazu Gegenstandsbezeichnungen gewählt werden, welchen nur eine Farbe zukommt, also etwa Schnee, Gras, Mohr, Kreide, Wald, Bär, Esel, Lippe, Himmel, Blut. — Als nächste Gruppe werden zehn Worte gelesen, deren Gegenstände ins Thier-, Pflanzen- oder Steinreich gehören, letzteres im Sinne aller anorganischen Stoffe. Die Versuchsperson hat nur die entsprechenden Klassen auszusprechen, also wenn die Reihe lautet: Pferd, Gold, Veilchen, Nelke, Frosch, Zinn, Linde, Ochse, Huhn, Blei, so sagt sie lediglich so schnell, als ihr möglich ist, Thier, Stein, Pflanze, Pflanze, Thier u. s. w. Die vierte Gruppe schliesslich classificirt in derselben Weise Kleidungsstücke, Nahrungsmittel und Körpertheile; die Versuchsperson sagt nur, ob Kleidung oder Nahrung oder Körper. Solche Reihe lautet etwa: Nase, Wein, Stiefel, Hemd, Finger, Suppe, Strumpf, Arm, Auge, Kuchen. Jeden dieser vier Versuche lasse ich an drei verschiedenen gedruckten Täfelchen machen, von denen natürlich eine grosse Menge vorräthig sein müssen; allenfalls genügt es, die Worte vor jedem Versuch mit möglichst mannigfaltiger Abwechselung auf eine Tafel zu schreiben, die dann vorher verdeckt ist. Dagegen empfiehlt es sich nicht, die Versuchsperson vorher die Augen schliessen zu lassen; die plötzliche Blendung beim Oeffnen verursucht ein zu langes geistiges Latenzstadium.

An diese Wortaufgaben schliesst sich zunächst die Benennung von zehn in einer Reihe dargebotenen einfachen Bildern, welche Gegenstände, wie die bisher genannten, zeigen; ich schneide dieselben aus Anschauungsbilderbüchern aus. Es handelt sich da also um Thiere, Pflanzen, Obst, Nahrungsmittel, Hausgeräthe, Körpertheile, Möbel, Kleidungsstücke, Häuser u. s. w. Die Benennung erfolgt hier nicht classificirend, sondern bezeichnet den einzelnen Gegenstand. Ebenso werden dann zehn einfache Farben benannt, und zwar nehme ich nur roth, gelb, grün, blau, braun, weiss, schwarz in verschiedenster Zusammenstellung; jede Farbe als Quadrat von 3 Centim. ausgeschnitten. — Es folgt das Addiren von zehn einstelligen Zahlen, die unter einander geschrieben sind. Dann sind zehn Polygone, und zwar unregelmässige Dreiecke, Vierecke und Fünfecke zu benennen, d. h. die Zahl ihrer Ecken anzugeben, und schliesslich lasse ich drei verschiedene Gerüche benennen; Parfumflaschen mit Rosen-, Veilchen-, Nelken-, Heliotrop-, Maiglöckchengeruch u. s. w. sind mit Schläuchen versehen, deren Spitzen bequem an die Nase gehalten und gewechselt werden können.

Die zeitmessenden Versuche sind damit abgeschlossen. Es reiht sich an diese das Festhalten von Zahlen und sinnlosen Silben durch einmaliges Hören; die Silben sind aus einem Consonanten und einem Vokal zusammengesetzt, wie ba mo ge hi tu ka u. s. w. Die Silben werden, jedesmal eine mehr, langsam einmal vorgesprochen, so lange, bis bei der unmittelbaren Reproduction durch die Versuchsperson ein Fehler gemacht wird; ebenso mit Zahlen. Notirt wird die Zahl der Silben und Ziffern, welche noch fehlerlos behalten wurde. Ich untersuche dann das Augenmaass, indem ich erstens eine Strecke von 80 Centim. halbiren lasse, sodann angeben lasse,

wie oft eine kleine Strecke in einer daneben gelegenen grossen Strecke enthalten ist, etwa 12 in 60 Centim., und schliesslich beliebige Strecken nach einem Intervall von 5 Secunden reproduciren lasse. Ich benutze zu diesem Zweck einen Augenmaassapparat, bei dem weisse Punkte auf einer grossen dunklen Fläche durch Schraubendrehung genau messbar verschoben werden. Wichtig ist mir sodann die Prüfung der Bewegungsempfindungen. Letzteren dient ein besonders dazu construirter Apparat; ein schwerer Metallwagen, der eine Hülse für den Zeigefinger trägt, fährt mit minimalem Widerstand auf Schienen mit Millimeterscala; die Schienen sind in jeder Lage festzuschrauben, selbst vertical, der Wagen wird dann durch ein fünftes, von unten eingreifendes Rad an einer Mittelschiene festgehalten und seine Last durch Gewichte compensirt, die in einer über Rollen geführten Schale liegen. Bei verticaler Stellung der über einen Meter langen Schienen wird nun erstens dieselbe beliebige Strecke mit geschlossenen Augen fünfmal hintereinander durchmessen, dann eine beliebige Strecke erst unten und dann oben, also einmal mit gekrümmtem, einmal mit gestrecktem Arm beschrieben, darauf eine beliebige Strecke nach 10 Secunden reproducirt und schliesslich dieselbe Strecke erst mit dem rechten, dann mit dem linken Arm ausgeführt. Dann wird der eben merkbare Gewichtsunterschied in beiden Händen festgestellt, wenn als Normalgewicht 500 Gramm gewählt sind, sowie die Genauigkeit der Schalllocalisation, indem untersucht wird, um wie viel Winkelgrad eine Schallquelle vorn nach rechts oder links, resp. rechts nach hinten oder vorn verschoben werden muss, damit die Verschiebung bemerkbar ist, und schliesslich lasse ich bei gegebener Grundlinie, etwa 10 Centim., ein gleichseitiges Dreieck und ein Quadrat aufzeichnen. Selbstverständlich wird in jeden Fragebogen Name, Alter, Beruf, bei Schulkindern Beruf des Vaters, Gesundheitszustand, besondere Begabung, Gedächtniss u. s. w. aufgenommen.

Mache ich diese gesammte Untersuchung an einer einzigen Person und ohne Hülfe, so beansprucht sie fast eine Stunde; sind aber mehrere zusammen, so dass die nöthigen Erklärungen für Alle auf einmal gegeben werden können, und sind Assistenten bereit, so dass verschiedene Untersuchungen gleichzeitig vorgenommen werden können, so lassen sich zehn Personen in zwei Stunden untersuchen. Für die Frage des specifischen Schuleinflusses scheint es mir genügend, aus jeder Klasse zehn Knaben herauszugreifen; bei täglich zweistündiger Untersuchung, in der Schulaula angestellt, lässt sich also in etwa vierzehn Tagen eine Schule hinreichend psychologisch untersuchen. Es bedarf nicht des Hinweises, wie wünschenswerth auch hier eine wechselseitige Ergänzung durch die verschiedensten Experimentatoren und wie wünschenswerth andererseits eine möglichste Uebereinstimmung in den angewandten Methoden ist, ein vergleichbares Material zu gewinnen. Das mag diese vorläufige Mittheilung entschuldigen, der hoffentlich in nicht zu ferner Zeit die Mittheilung der Ergebnisse folgen soll.

Freiburg i. Br., 28. März 1891.

# II. Original-Vereinsberichte.

## Medicinische Gesellschaft in Kopenhagen.

Sitzung vom 14. April 1891.

Von Dr. P. D. KOCH.

218) Prof. **C. Lange** theilte einige praktische neuropathologische Notizen mit.

1) Schmerzen bei Diabetes oder Glykosurie treten als Gesichts-, Intercostal- und Unterextremitätsneuralgien (Ischias) auf. Die beiden ersteren Formen sind nach L.'s Ansicht selten, die letztere dagegen sehr häufig. Noch häufiger jedoch und charakteristischer ist eine Form, die noch nicht mitgetheilt worden ist, und von der L. während 8—9 Jahren 11 Fälle beobachtete. Es sind dies Schmerzen im Hinterkopf in der Gegend der Insertion der Mm. cucullar., die manchmal bis in die Schläfe, und nieder in Hals und Schulter strahlen. Es sind fixe Schmerzen von drückendem Charakter. In absolut ruhiger, fixirter Stellung des Kopfes sind sie nicht vorhanden, treten aber bei jeder Bewegung, besonders beim Drehen und Beugen des Kopfes auf. Im Uebrigen befanden die Patienten sich wohl, nur drei oder vier litten an Durst, bei den Anderen zeigte sich kein subjectives Merkmal von Diabetes. Nachdem sie einige Tage hindurch mit antidiabetischer Diät behandelt worden waren, verschwanden sowohl der Zucker aus dem Urin, als auch die Schmerzen, um nicht wiederzukehren. L. ist der Meinung, dass diese beiden Symptome in einem dyspeptischen Leiden ihre Ursache finden, obwohl im Uebrigen keine Zeichen einer solchen vorhanden gewesen waren.

2) Pruritus von sehr ernster Bedeutung. Bei älteren Individuen ist es L. in einigen Fällen gelungen, eine Heilung zu erzielen, indem er, gegen eine vorhandene urinsaure Diathese, energische alkalische Medication anwendete.

3) L. hat mehrere Male bei Migräne Schmerzanfälle von ganz ähnlicher Natur beobachtet, die von Erbrechen etc. begleitet waren, gleichzeitig, oder im Anschluss an einen wirklichen Migräneanfall, oder auch statt seiner auftraten, aber ihren Sitz in der Lendengegend oder in den Armen, dem Epigastrium oder in der Sacro-Coccygealgegend hatten.

## Genootschap ter bevordering van Natuur-, Genees- en Heelkunde te Amsterdam.

Sitzung vom 9. Mai 1890.

219) **van Deventer:** Zur forensischen Bedeutung der Hypnose; mit zwei Krankenvorstellungen.

Vortragender theilt die Krankengeschichte einer 20jährigen, hysteroepileptischen Patientin mit, die im Buiten-Hospital verpflegt wurde. Einige Tage nach ihrer (wiederholten) Aufnahme meldete sich ein Justizbeamter in

dem Hospital, um die Patientin zu verhören. Die Brotherrin derselben hatte nämlich Klage gegen einen bekannten Arzt eingereicht, welcher sich angeblich unsittlicher Handlungen gegen die Patientin schuldig gemacht haben sollte.

Aus einer, im Beisein des Verf. abgegebenen Erklärung der Patientin ging hervor, dass sie die Wohnung des Arztes genau kannte, obgleich der Betreffende versicherte, die Patientin nie gesehen, geschweige denn behandelt zu haben. Auf die Aussage der Patientin glaubte der Justizbeamte besonders Gewicht legen zu müssen, weil die Dienstherrin derselben als Beweismittel einige Schüsseln in ihrem Besitz hatte, die den Stempel des Hôtels trugen, in welchem der betreffende Arzt seine Consultationen abhielt.

Obgleich Patientin die Art und Weise, wie die betreffende Handlung mit ihr vorgenommen wurde, genau beschrieb, — wie sie nach bestimmten, ihr nicht mehr deutlich gegenwärtigen Manipulationen in Schlaf gefallen sei, um dann in einer Weise daraus zu erwachen, die deutlich bewies, was vorgefallen war, — glaubte der Vortragende doch an der Richtigkeit ihrer Aussage zweifeln zu müssen. Schon früher einmal hatte sich bei ihr an einen hystero-epileptischen Anfall ein Stadium hallucinatorischen Deliriums angeschlossen, das mehrere Tage dauerte und nach dessen Ablauf die Patientin der festen Ueberzeugung war, dass alles das, wovon sie phantasirt hatte, sich wirklich zugetragen habe, so unter Anderem, dass sie bei ihrem Bruder gewesen, und dessen Kind als Leiche im Sarge habe liegen sehen, während sie sich doch nicht aus der Anstalt entfernt hatte; und nachdem schon alle übrigen, aus der Zeit des Deliriums stammenden Erinnerungsbilder nach und nach verblasst waren, blieb die eine Vorstellung von der kleinen Leiche im Sarge immer noch bestehen.

Bei einem früheren Aufenthalt der Patientin im Buiten-Hospital hielt es Verf. nicht für angezeigt, Hypnose bei ihr in Anwendung zu bringen; auf der Abtheilung, wo sie sich aufhält, waren im Anschluss an hypnotische Sitzungen fast bei allen Patienten unangenehme Zustände aufgetreten, die nur dadurch zu unterdrücken waren, dass man eine Pause in der hypnotischen Behandlung eintreten liess.

In Gegenwart des oben genannten Beamten brachte nun der Verf. die Patientin in Hypnose, was fast augenblicklich, nach höchstens fünf Secunden gelang, in diesem Zustand waren ihr mit der grössten Leichtigkeit die verschiedensten Vorstellungen zu suggeriren, allerdings nur dann, wenn man ihr die betreffenden Worte mehrmals wiederholt und sie von ihr hatte nachsprechen lassen. Nach dem Erwachen konnte sie sich an nichts von alledem, was ihr suggerirt worden, mehr erinnern, während sie, wieder in Hypnose gebracht, dieselben, wie beim ersten Mal, suggerirten Vorstellungen hatte.

Während einer späteren Sitzung hatte D. der Patientin suggerirt, dass sie mit der Oberwärterin in den Thiergarten gehen sollte. Die folgende Nacht trat dann ein hystero-epileptischer Anfall auf, und gleich darauf begann sie vom Thiergarten zu deliriren, des Morgens war sie noch ziemlich verwirrt, und fragte die Oberwärterin, wann sie denn nach dem Thiergarten gehen würden, und blieb dabei, der Doctor habe es ihr verordnet.

Nach einer anderen Sitzung äusserte die Patientin gegenüber ihren Mit-Patienten, dass sie mit dem Bruder des Verf. auf einem Ball gewesen sei, wo sie Polka getanzt habe und mit Champagner tractirt worden sei. Diese Vorstellung war ihr drei Tage zuvor suggerirt worden, und die Nacht

vor der spontanen Mittheilung hatte ein Anfall stattgefunden. Nur nach einem hystero-epileptischen Anfall sprach Patientin von den ihr suggerirten Vorstellungen, ohne jedoch zu wissen, dass dieselben ihr suggerirt worden waren.

Manchmal zweifelte die Patientin ganz aus eigenem Antriebe selbst an der Richtigkeit ihrer Behauptungen. So bat sie z. B. den Verf. um Verzeihung dafür, dass sie behauptet hatte, mit seinem Bruder auf dem Ball gewesen zu sein, „denn für ein Dienstmädchen würde es sich ja gar nicht schicken, mit dem Bruder eines Doctors auf den Ball zu gehen"; und doch blieb sie bei der Ueberzeugung, dass dies wirklich stattgefunden hatte.

Aus einer eingehenden Untersuchung ging nun hervor, dass die Patientin kurz nach einem Anfall zum ersten Mal von der betreffenden unsittlichen Handlung gesprochen hatte, also ganz ebenso wie in oben erwähntem Falle, wo sie kurz nach einem Anfall mit Bestimmtheit behauptete, bei ihrem Bruder gewesen zu sein und sein Kind im Sarge gesehen zu haben. Ganz wie damals trat auch dieses Mal die Vorstellung der unsittlichen Handlung mehr und mehr in den Hintergrund, um allmählich ganz zu verblassen. Die Bedeutung, welche obengenannte Experimente in forensischer Beziehung haben, liegt auf der Hand. Der Justizbeamte gewann durch die, in seinem Beisein vorgenommenen Untersuchungen sehr bald die Ueberzeugung, dass weitere Forschungen in dieser Sache unnöthig wären.

Die Literatur lehrt, dass solche Fälle nicht selten vorkommen und oft falsch interpretirt werden. Auf die Gefahren, die hieraus für die Umgebung solcher Patienten, besonders für ihren Hausarzt erwachsen können, ist schon häufig hingewiesen worden. Durch Anwendung von Hypnose, eventuell vor dem Gerichtshof, wird in vielen Fällen, wenn auch nicht immer, Licht in die Sache gebracht werden. Andererseits lehrt dieser Fall aber auch, dass man nicht bei jeder Hysterica die Lust an Verleumdungen und am Aussprengen derartiger Unwahrheiten einem Mangel an Wahrheitsliebe zuschreiben darf.

Sowohl im wachen, als im hypnotischen Zustand war die Patientin von schwachem Fassungsvermögen; auch auf die vermeintliche unsittliche Handlung wusste sie sich schliesslich nur noch schwach zu besinnen, und hatte viele Einzelheiten, die sie früher schriftlich und mündlich geäussert hatte, ganz und gar vergessen. Höchstwahrscheinlich hat ihre Dienstherrin durch die Art und Weise, in welcher sie die Patientin über den Vorgang ausfragte, ganz unbewusst den Vorstellungen derselben eine ganz bestimmte Form gegeben. Jedenfalls gab Patientin anfangs ganz ausführliche Berichte über die That ab, und zwar immer in gleicher Weise, während sie über die ihr in der Hypnose suggerirten Vorstellungen nichts Zusammenhängendes äusserte, und sich Vieles davon selbst nicht recht erklären konnte.

Von ähnlichem Interesse ist auch ein zweiter Fall, der eines 59jährigen Schneiders; seit seinem 18. Jahre Säufer, hat er sich den grössten Theil seines Lebens abwechselnd im Arbeitshause und, wegen Diebstahl und dergleichen, im Gefängniss aufgehalten. Der Verf., mit der Begutachtung dieses Mannes betraut, kam durch anamnestische Daten bald zu der Ueberzeugung, dass der Angeklagte stets log. Zeichen von Geistesstörung, die der Angeklagte bei seinem ersten Verhör vor dem Strafrichter gezeigt hatte, schienen nicht vorhanden zu sein. Er wurde wegen eines Brandbriefs zu zwei Jahren Zellengefängniss verurtheilt und kam fünf Jahre darauf in das Buiten-

Hospital. Bei der Aufnahme zeigte er das typische Bild eines chronischen Alkoholisten, mit zeitweiligem Delirium tremens. Auch in diesem Zustande simulirte er noch; so versicherte er einmal, an Gesichts-, Gehör- und Gefühlshallucinationen zu leiden, und gab u. A. an, das Trinkwasser sei Branntwein; er selbst gab später zu, alles das nur gesagt zu haben, weil er sonst nicht aufgenommen zu werden fürchtete. Bekanntlich tritt Simulation sehr häufig im Verlauf von chronischem Alkoholismus auf.

Die Literatur lehrt, dass in derartigen Fällen die Hypnose das sicherste Mittel ist, um die Wahrheit herauszubekommen. Statt des veralteten „in vino veritas" möchte man heutzutage „in hypnosi veritas" sagen. Da nun chronische Alkoholisten der Hypnose ganz besonders zugänglich sind, — was zahlreiche Erfahrungen des Verf. bestätigen — so wird durch sie in derartigen zweifelhaften Fällen am leichtesten eine Erklärung herbeizuführen sein; jedoch weiss der Verf. aus Erfahrung, dass der Werth der hypnotischen Methode in solchen Fällen auch häufig überschätzt wird; Vortragender beweist diese seine Anschauung an einem Patienten, den er, nachdem er hypnotisirt worden, seine Lebensgeschichte erzählen lässt. Aus diesem Bericht geht hervor, dass der Patient auch in der Hypnose Unwahrheiten spricht.

Mit Rücksicht auf den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft hält D. seine schon wiederholt aufgestellte Behauptung für gerechtfertigt: dass in dergleichen Fällen wohl eine sichere Diagnose aufgestellt, das Wahre vom Unwahren jedoch nicht durchweg klar unterschieden werden kann. Bei Alkoholisten hat er mehrmals die hypnotische Behandlungsmethode, und zwar mit gutem Erfolg, angewendet, theils indem er ihnen suggerirte, sie würden beim Rauchen und besonders beim Genuss von Alkohol Uebelkeit verspüren und brechen müssen, theils indem er ihnen eingab, sie würden von nun an die Kraft besitzen, von ihrem Laster abzulassen; doch verblassten, wie bei der erwähnten Hystero-Epileptica, die in der Hypnose suggerirten Vorstellungen allmählich wieder und mit ihnen die guten Vorsätze. — Ein endgültiges Urtheil über diesen Gegenstand kann nach Ansicht des Verf. vorläufig noch nicht gefällt werden. Autor-Referat.

---

# III. Referate und Kritiken.

220) **F. Schnopfhagen**: Die Entstehung der Windungen des Grosshirns. (Sep.-Abdr. aus den Jahrb. f. Psychiatrie, 1891.)

Von der Voraussetzung ausgehend, dass die Oberflächengestaltung eines Körpers in erster Linie von seinem inneren Bau abhängig sei, sucht Verf. das Problem der Entstehung der Windungen des Grosshirns zu lösen. Der grösste Theil der Arbeit ist daher einer bis ins minutiöseste Detail gehenden Darlegung des Faserverlaufs im Marklager gewidmet, welchen Verf. sowohl mit Hülfe der Abfaserungsmethode, als auch an mit Goldchlorid gefärbten Schnitten aus Embryonenhirnen studirt hat. Er gelangt zu dem

Resultate, dass die äussere Gestaltung der Rinde, die Haupt- und Nebenwindungen, nur der Ausdruck bestimmter Gruppirungen der das Marklager zusammensetzenden Fasern sind. Die Hauptwindungen bauen sich auf über einem „Kernblatt", das aus innig verflochtenen Stabkranz- und Balkenfasern zusammengesetzt ist, die Nebenwindungen bestehen entweder nur aus unilateralen Associationsfasern oder entsprechen einer Auseinanderblätterung des Kernblatts der Hauptwindung durch eingelagerte Associationssysteme. Diese Uebereinstimmung der äusseren und inneren Gestaltung des Grosshirns fordert die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges. Das gestaltende Moment für die Bildung der Windungen ist im Wachsthum der betheiligten Fasersysteme zu suchen. Die radiär von den Centralganglien ausstrahlenden Projectionsfasern müssen im Laufe ihres Wachsthums die von ihnen versorgten Rindengebiete allmählich vorwölben, so die Hauptwindungen bildend. In gleichem Sinne wirken die in denselben Gebieten endenden Balkenfasern, bei deren, nach beiden Seiten gleichmässig erfolgenden Längenwachsthum die Mitte des Balkens den ruhenden Punkt bildet. Die Furchen entsprechen den Linien geringster Wachsthumsenergie, repräsentirt durch die Mitte der unilateralen Associationsfasern, deren verschiedenes Wachsthum die feinere Modellirung der Rinde bedingt. — Der Mangel an geeignetem Material hat den Verf. leider verhindert, die Stichhaltigkeit seiner Theorie an Defectbildungen, namentlich balkenlosen Gehirnen, zu prüfen.

Die den grössten Theil der Arbeit einnehmende Darlegung der Faserungsverhältnisse des Marklagers bietet eine Menge interessanter Einzelheiten, deren Aufzählung den Rahmen eines Referates überschreiten würde. Den sorgfältigen Ausführungen des Textes entspricht nicht immer die Klarheit der Zeichnungen. H. Dehio (Riga).

---

221) **A. Hoche** (Heidelberg): Ueber die Vertheilung der Ganglienzellen im untersten Abschnitte des Wirbelkanals beim Menschen.

(Neur. Centralbl. 1891, Nr. 4.)

H. hat eine bisher noch nicht beschriebene kleine Ganglienzellengruppe im Rückenmarke des Menschen entdeckt. Unterhalb der Lendenanschwellung bis in den Conus terminalis hinein finden sich zwischen den austretenden Fasern der vorderen Wurzeln da, wo diese die Pia durchsetzen, Ganglienzellen, die ihrem Charakter nach von denen des Vorder- und Hinterhorns verschieden sind, in individuell schwankender Zahl und Ausdehnung (nicht auf allen Schnitten; auf einem Schnitte meist nur 1—3 und höchstens 5). Es sind meist grosse ovale Zellen, manchmal noch grösser als die grössten im Vorderhorn der gleichen Höhe, mit excentrisch gelegenem Kern und Kernkörperchen, und scheinen in einer zarten Hülle zu liegen. H. glaubt, dass sie mit den Fasern der vorderen Wurzeln in Beziehung stehen. — Uebrigens hat H. bei seinen Untersuchungen den Eindruck erhalten, dass das Vorkommen von einzelnen Ganglienzellen und Zellengruppen im untersten Abschnitt des Wirbelkanals ein viel häufigeres ist, als man gewöhnlich annimmt. Hoppe (Allenberg).

---

222) **A. Kölliker** (Würzburg): Zur feineren Anatomie des Centralnervensystems. Erster Beitrag: Das Kleinhirn.

(Zeitschr. f. wissensch. Zoologie, Bd. 49, Heft 1.)

Eine zusammenfassende Darstellung von Kölliker's eigenen Untersuchungen mit der Golgi'schen Schwarzfärbung, combinirt mit den Resultaten von Golgi und Ramon y Cajal.

Die Purkinje'schen Zellen zeigen bei dieser Behandlung enorme Protoplasmafortsätze, und der nervöse Fortsatz wird nach Abgabe einiger Seitenzweige, von denen einige nach der feinkörnigen Schicht zurückkehren, zu einer markhaltigen Faser; auch die peripheren kleinen Zellen der feinkörnigen Schicht haben einen Axen-Cylinder-Fortsatz, dessen weiteres Schicksal nicht bestimmt zu ermitteln ist. Die kleinen Zellen der centraleren Region der feinkörnigen Schicht, die in der Nähe der Purkinje'schen Zellen besonders zahlreich sind, zeigen ein sehr eigenthümliches Verhalten. Sie liegen der Rindenoberfläche parallel und besitzen zahlreiche, stark verzweigte Protoplasmafortsätze, die bis in die Nähe der Oberfläche gelangen. Ihr nervöser Fortsatz zieht parallel zur Rindenfläche über eine benachbarte Purkinje'sche Zelle hin, um sich plötzlich in ein korbförmiges Büschel feiner Fasern zu theilen, das die Purkinje'sche Zelle netzförmig umspannt. In der Körnerschicht tritt zuerst eine Lage spärlicher, grosser Nervenzellen auf, deren protoplasmatische Fortsätze nach beiden Nachbarschichten ziehen, und deren nervöser Fortsatz sich ganz in innerhalb der Körnerschicht verbleibende Verästelungen auflöst. Die kleinen Nervenzellen der Körnerschicht besitzen kurze, büschelförmig auslaufende Protoplasmafortsätze, und ihre nervösen Fortsätze ziehen in die feinkörnige Schicht, wo sie in zwei parallel zur Oberfläche T-förmig verlaufende Zweige ausgehen. Die Gesammtheit dieser longitudinalen Fasern bildet auf einem Verticalschnitt einen distincten Streifen.

Die markhaltigen Fasern der Kleinhirnrinde bilden in der Körnerschicht ein dickes Netzwerk, unterhalb der Lage Purkinje'scher Zellen ein dickes Band, von dem aus zwischen diesen Zellen Bündel zur feinkörnigen Schicht ziehen; mitten unter ihnen verläuft eine gewisse Menge markloser Fasern, die zu den kleinen peripheren Zellen der äusseren grauen Schicht zu gehen scheinen.

Nirgends lässt sich eine Anastomose zwischen Zellfortsatz und Faserverzweigungen in irgend einem Sinne erkennen. Kurella.

---

223) **A. Kölliker** (Würzburg): Zur feineren Anatomie des Centralnervensystems. Zweiter Beitrag: Das Rückenmark.

(Zeitschr. f. wissensch. Zoologie 1890, Bd. 51, Heft 1.)

K.'s Resultate mit der Anwendung der Golgi'schen Methode am Rückenmark sind zum Theil an Embryonen gewonnen, deren meist marklose Fasern die Silberimprägnation leichter annehmen. Die Fasern der dorsalen Nervenwurzeln entspringen sämmtlich von Zellen der Spinal-Ganglien, treten in die Hinterstränge derselben Seite und theilen sich bald in zwei Zweige, deren einer capital zieht, während der andere nach kurzem Verlaufe caudalwärts rechtwinklig zur grauen Substanz abbiegt, um in ein korbähnliches Büschel feinster Reiser zu zerfallen; vorher geben diese Fasern

noch rechtwinklig abbiegende collaterale Zweige, vier bis fünf, manchmal noch mehr, seitlich ab. Die austretenden Rückenmarksfasern sind sämmtlich Verlängerungen des nervösen Fortsatzes der Rückenmarksganglienzellen und geben meist bald nach ihrem Ursprung einige Seitenästerchen ab. Die Vorder- und Seitenstränge enthalten Fasern von Zellen jedes Niveaus, die während ihres ganzen Verlaufs gelegentlich Zweigchen zu den Vorderhörnern und den vorderen Partien der Hinterhörner abgeben; von Zeit zu Zeit biegt eine Faser ungetheilt in die graue Substanz ab, wo sie frei endet.

Sensorische Zellen sind im Rückenmark nicht nachweisbar; K. theilt die Rückenmarkszellen in drei Gruppen: 1) Motorische Zellen, deren nervöser Fortsatz nach Abgabe ganz weniger lateraler Zweige als motorische Nervenfaser austritt. 2) Zellen, deren nervöse Fortsätze in einem der Rückenmarksstränge verlaufen und die verschiedenste Verzweigung erkennen lassen. 3) Solche mit sehr verzweigtem Axen-Cylinder-Fortsatz, dessen Verästelungen ausschliesslich in der grauen Substanz bleiben. Kurella.

224) **Th. Ziehen** (Jena): Eine neue Färbungsmethode für das Centralnervensystem. (Neurol. Centralbl., 1. Febr. 1891, Nr. 3.)

Um die Nachtheile der Golgi'schen Färbung, welche alle Details der Zellenstructur verdeckt und die markhaltigen Fasern im Allgemeinen ungefärbt lässt, zu vermeiden, hat Z. in Anlehnung an dieselbe folgendes Verfahren ausfindig gemacht.

Kleine cubische Stücke bleiben mindestens drei Wochen, am besten mehrere Monate in einer Härtungsflüssigkeit aus 1-%-Aurichloridlösung + 1-%-Sublimatlösung (zu gleichen Theilen), die, wenn reichlich, ein öfteres Wechseln nicht erfordert. Dann können die metallisch-rothbraunen Stückchen sofort auf Kork aufgeklebt und geschnitten werden. Nachdem dieselben in Alkohol übertragen sind (blauschwarz bei durchscheinendem, metallisch-braun bei auffallendem Licht), werden sie in eine verdünnte Lugol'sche Lösung (ev. auch in Jodtinctur von entsprechender Verdünnung mit Alkohol) gebracht, wo sie je nach ihrer Dicke verschieden lange bleiben, darauf in Alcoh. absol. ausgewaschen, mit Nelkenöl behandelt und in Canadabalsam eingelegt. Unter dem Mikroskop (Abblendung alles directen Sonnenlichtes vom Objecttisch!) zeigen sich die markhaltigen und marklosen Nervenfasern, sowie die Nerven- und Gliazellen blaugrau gefärbt. Die Verzweigungen der Axen-Cylinder-Fortsätze sind bequem zu sehen, in den Ganglienzellen Kern und Kernkörperchen deutlich zu unterscheiden.

Durch zweckmässige Variirung der Jodeinwirkung bei verschiedenen Schnitten kann man, da die verschiedenen morphologischen Elemente das in ihnen abgelagerte Goldamalgam sehr verschieden rasch abgeben, sich diese Elemente successive mit der durch die Methode überhaupt erreichbaren Deutlichkeit vor Augen bringen.

Neuerdings hat Z. das Verfahren auf schon vorher in Chrom gehärtete Stücke angewandt; dabei erschienen die Körper der Ganglienzellen fast durchaus hell und scharf begrenzt, während die äusserst prägnant hervortretenden Protoplasmafortsätze einen eigenthümlich localisirten Färbungsbelag darboten. Diese Variirung des Verfahrens eignet sich nach Z. besonders zum Studium des Zusammenhanges des Spitzenfortsatzes und des Axen-Cylinder-Fortsatzes mit den verschiedenen Theilen des Zellenkörpers.

Hoppe (Allenberg).

225) Dr. **P. Michelson** (Königsberg): Ueber das Vorhandensein von Geschmacksempfindung im Kehlkopf. (Virchow's Archiv 1891, Bd. 123, p. 389.)

M. stellte mit O. Langendorff interessante Versuche darüber an, ob die Innenfläche des Kehldeckels Geschmacksempfindung besitze. Die Spitze einer Schroetter'schen Kehlkopfsonde wurde in Ausdehnung von 2 bis 3 Millim. mit concentrirter Chinin- (20 %) bezw. Saccharinlösung (5 %) befeuchtet. Mit dieser Sondenspitze wurde nun unter Leitung des Kehlkopfspiegels, ohne irgendwie die Mundrachenhöhle zu streifen, der obere Theil der Innenfläche des Kehldeckels kurz berührt. Von den untersuchten Personen gab der grösste Theil an, eine bittere resp. süsse oder süssliche Geschmacksempfindung gehabt zu haben; dieselbe fällt mit dem Augenblick der Berührung zusammen und wird von den Versuchspersonen direct in den Kehlkopf oder tief in den Hals verlegt. Ferner wurde die bei der elektrischen Reizung zu Stande kommende Geschmacksempfindung für die Versuche verwendet. Ein stud. med. hielt eine grosse Elektrode in der Hand, während mit einer Kehlkopfelektrode eine kurz dauernde Berührung der Kehldeckelinnenfläche ausgeführt wurde. Fungirte die Kehlkopfelektrode als Anode, so trat ein säuerlicher, fungirte sie als Kathode, so trat ein schwach laugenartiger Geschmack auf. In Folge dieser Versuche halten es die Experimentatoren für erwiesen, dass die Innenfläche des Kehldeckels Geschmacksempfindung (N. glossopharyng.) besitzt.

Bielschowsky (Breslau).

---

226) **Jastrow**: Studies in Experimental Psychology (Experimentell-psychologische Studien). (Amer. Journ. of Psych., Vol. III, Nr. 1.)

Nachdem der Verf. im 11. Bande der amerikanischen Zeitschrift die Uebereinstimmung der Bestimmung der Sterngrössen mit dem psychophysischen Gesetz behandelt hat, geht er hier zu der Frage über, ob eine ähnliche Uebereinstimmung für extensive Grössen (visuelle und tactuelle) nachweisbar ist. Das erste Experiment bezog sich auf visuelle Raumabschätzungen, wobei J. folgendermaassen zu Werke ging: Eine grosse Zahl dünner, beliebig langer Stäbe wurde untereinander gemischt, und diese sollten nun nach ihrer Länge in eine bestimmte Zahl von Grössen sortirt werden. Ein Rahmen mit neun quadratischen Oeffnungen, in deren jeder ein Beutel hing, wurde vor die experimentirende Person gelegt, welche nun die Stäbe, je nach dem Grösseneindruck, den sie auf sie machten, in die verschiedenen Säckchen ordnete; dabei durfte immer nur ein Stab vorgenommen werden, der dann abgeschätzt, in den entsprechenden Beutel gethan und so den Blicken entzogen wurde. Wenn mehrere Hundert Stäbe so sortirt waren, wurden sie aus jedem einzelnen Beutel genommen, gemessen und ihre Durchschnittslänge berechnet. Wenn das psychophysische Gesetz hier (d. h. auf die so geprüften Gesichtsempfindungen) anwendbar ist, so müssten die Durchschnittsgrössen eine geometrische Reihe mit constantem Index bilden. Es fand sich aber bei diesen Untersuchungen eine arithmetische Reihe.

Darauf wurde der Tastraum untersucht, wobei dieselben Stäbe nicht durch das Gesicht abgeschätzt, sondern befühlt und danach sortirt wurden. Der Erfolg war im Wesentlichen derselbe wie bei Abschätzung der visuellen Grössen. — Das psychophysische Gesetz gilt also wohl für Sterngrössen,

aber nicht für Ausdehnungsgrössen. Hier entstehen nun zwei Fragen: 1) Mit welcher Klasse von Empfindungen stimmt das psychophysische Gesetz überein? und 2) hängt die Uebereinstimmung mit diesem Gesetz von der Methode der Untersuchung ab? Mit Hinsicht auf erstere Frage hält es J. für wahrscheinlich, dass das psychophysische Gesetz für Empfindungen gilt, die en masse, ohne allzu bestimmtes Bewusstsein ihrer Intensität auftreten, wenn dagegen der Eindruck bewusst und in seiner Ausdehnung bestimmt ist, so ist eine Uebereinstimmung der arithmetischen mit der geometrischen Reihe nicht wahrscheinlich (aus bestimmten, von dem Autor angegebenen Gründen). — Was die zweite Frage betrifft, so bemerkt J., dass vielleicht ein Unterschied in der geistigen Haltung des Subjects entscheidend dafür ist, ob die Empfindung unter dem psychophysischen Gesetz appercipirt wird oder nicht. E. Goodall (Wakefield).

---

227) **Harrison Mettler**: Aural vertigo (Menière's disease).
(The journal of nervous and mental disease, Januar 1891.)

Verf. sucht nachzuweisen, dass in der Menière'schen Krankheit eine Läsion der semicircularen Kanäle nicht die Ursache des Schwindels ist. Nach seiner Meinung beruht das Gleichgewichtsgefühl auf der harmonischen Einwirkung der verschiedenen sensorischen und motorischen Centren aufeinander; eine Störung dieser Harmonie ist die wirkliche Ursache des Schwindels; eine solche Störung aber kann weiterhin durch einen Magen-, Augen-, Ohren- etc. Reiz veranlasst werden. Eine experimentelle Verletzung der halbcirkelförmigen Kanäle ruft nicht constant wahren Schwindel, Gehörverlust, Erbrechen und Bewusstseinsstörung hervor. Die pathologisch-anatomische Begründung der Hypothese Menière's ist eine gänzlich ungenügende. Sein eigener einziger Sectionsbefund lässt andere Deutung zu, und in den Fällen von Politzer, Voltolini u. A. bestanden schwere Hirnaffectionen, die an sich die Symptome hinreichend erklärten. Dazu kommt, dass in 46 von Bezold gesammelten Fällen von Nekrose des Labyrinthes nur 12 Mal Schwindel beobachtet worden war.

Ein interessanter, vom Verf. selbst beobachterer Fall dient zum Ausgangspunkte der angeführten polemischen Erörterungen.

Strauscheid.

---

228) **William S. Gardner** (Baltimore): The relation of albuminuria to puerperal eclampsia. (The therap. Gazette, 15. Januar 1891.)

Es werden ziemlich ausführlich fünf bezügliche Fälle berichtet, aus denen G., sie mit den Erfahrungen Anderer, namentlich Elliot's, zusammenstellend, folgende Schlüsse ziehen zu dürfen glaubt: 1) Die Gegenwart von Eiweiss im Urin einer schwangeren Frau ist kein genügender Grund, die Prognose auf eine wahrscheinlich eintretende Eclampsie zu stellen. 2) Das Nichtauffinden des Eiweisses ist kein Beweis für seine Abwesenheit oder wenigstens dauernde Abwesenheit, so dass man eine Bürgschaft, Eclampsie werde wahrscheinlich nicht kommen, nie übernehmen kann. 3) Eiweiss wird im Urin unmittelbar nach dem Auftreten puerperaler Convulsionen so oft in grösseren Mengen gefunden, dass man zu der Annahme berechtigt ist, es entstehe in Folge der Convulsionen. Voigt (Oeynhausen).

---

229) **L. Emmet Holt** and **T. Mitchell Prudden** (New York): Cerebrospinal meningitis in an infant due to the diplococcus pneumoniae of Fränkel and Weichselbaum. (The Medic. Rec., 10. Januar 1891.)

Ein 13 Monate altes Mädchen fiel aus dem Bette auf Brust und Kopf, erbrach sich 12 Stunden später, erschien dann wohl, bis es am nächsten Tage starkes Fieber, beschleunigte Respiration, Brechanfälle, Cyanose, Prostration u. s. w. bekam. Von da bis zum Tode verliefen 80 Stunden; entschiedene nervöse Symptome traten erst in den letzten 18 Stunden ein (Stupor, leichte Convulsionen des rechten Gesichts und Armes, Steifheit der unteren Extremitäten); physikalische Zeichen von Pneumonie fehlten. — Die Autopsie zeigte ein eiterig-fibrinöses Exsudat, welches die vordere Hirnhälfte, sowie das Rückenmark vollständig einhüllte; die Lunge erschien congestionirt. — Die bacterielle Untersuchung ergab das Vorhandensein des Diplococc. Fr.: Impfungen mit demselben tödteten weisse Mäuse innerhalb 36 Stunden, und fanden sich dann bei deren Section fibrinöse Exsudate der Pleura, Congestionirung der hinteren Lungenpartien, Vergrösserung der Milz u. s. w.; aus allen diesen Theilen konnten endlich neue Culturen des Bacillus gewonnen werden. Die aus den Lungentheilen des Kindes erhaltenen Culturen zeigten, dass das vorwiegende Bacterium dasselbe war, welches sich so reichlich in den meningealen Exsudaten fand.

Verf. meinen, dass ihr Fall der erste seiner Art sei, der in den Vereinigten Staaten Nordamerika's beobachtet wurde, während deutsche Autoren ja schon eine Reihe ähnlicher hätten beschreiben können.

Voigt (Oynhausen).

---

230) **Thomas Darlington**: The effect of the products of high explosives, dynamite and nitroglycerine, on the human system. (Ueber die Wirkung der bei Dynamit- und Nitroglycerin-Explosionen sich entwickelnden Producte auf den menschlichen Körper.) (The Medic. Rec., 13. Dec. 1890.)

Verf. beobachtete 1300 Fälle, in denen in Folge von Einathmung der durch Dynamit-Explosion gebildeten Producte Asphyxie und andere Vergiftungssymptome auftraten. Er theilt diese Fälle in acute und chronische, je nachdem nur eine einmalige Aufnahme einer mehr weniger beträchtlichen Menge dieser Stoffe durch die Lungen oder ein fortlaufendes Einathmen kleinerer Mengen stattfand. In denjenigen acuten Fällen, in welchen nach der Explosion verhältnissmässig wenige jener Stoffe eingeathmet waren, pflegte sich eine zitternde Empfindung, Erröthen oder Erblassen des Gesichts, Ekel und zuweilen auch Erbrechen, Klopfen in den Schläfen, Vollheitsgefühl im Kopfe, als ob derselbe platzen wolle, endlich intensiver Kopfschmerz (wie nach Einathmung von Amylnitrit) und vermehrte Herzaction einzustellen. Wurden grössere Mengen auf einmal eingeathmet, so trat Schwindel mit schnell folgender Asphyxie, Blässe des Gesichts und meist sehr schwachem Pulse ein; das Coma ging dann bald vorüber und wurde von Schlaflosigkeit, kaltem Schweisse, intermittirendem Pulse, Ekel und Erbrechen gefolgt; manchmal war das Athmen krampfhaft, und häufig wurde auch Schluckauf und heftiger Kopfschmerz beobachtet. In den chronischen Fällen waren die vier Hauptsymptome Kopfschmerz, Krampfhusten, Störungen der Verdauung und vor Allem des Nervensystems (Zittern, Neuralgien, allgemeine Nervosität, Wiederauftreten geheilter Neuralgien u. s. w.). — Die Ursache aller dieser

Erscheinungen findet Verf. in nicht explodirten Theilchen von Nitroglycerin, die sich in flüchtigem Zustande mit den Verbrennungsgasen beziehentlich der Grubenluft mischen und so eingeathmet werden; zwar würden ja bei der Explosion genügende Mengen von $CO_2$ und $N_2O_2$ gebildet, um Asphyxie, Ekel und Erbrechen zu erregen, die Störungen des Nervensystems jedoch, namentlich der Vaguskrampf und der anhaltende Kopfschmerz, könnten nur durch Nitroglycerin-Aufnahme erklärt werden, das aber lasse sich in dem Explosionsrauche leicht nachweisen. — Therapeutisch empfiehlt Verf. neben den gewöhnlichen, gegen Asphyxie angewandten Mitteln Eis auf den Kopf und subcutanen Gebrauch von Atropin, Ergotin oder andern vasomotorischen Reizmitteln. Was übrigens die Prognose anbetrifft, so pflegen alle acuten Fälle günstig zu verlaufen und auch die chronischen weichen gewöhnlich unschwer einer passenden Behandlung. Voigt (Oeynhausen).

---

231) **Auché:** Des névrites périphériques chez les cancéreux. (Revue de médecine, p. 785, octobre 1890.)

(Mitgetheilt in den Annales de Médecine, 4 mars 1891.)

Nach Hinweis auf die einschlägigen Arbeiten von Oppenheim, Siemerling, Kippel u. A. berichtet Verf. über die Untersuchung von zehn an Krebs Verstorbenen, wovon neun unzweifelhaft parenchymatöse Neuritis zeigten. Das Centralnervensystem und die grossen Nervenstämme waren intact; die Erkrankung der verschiedenen Nerven nahm mit der Annäherung an die Peripherie zu. Mit dem Befund stimmten in einigen Fällen gewisse Symptome in vita überein: Frostgefühl in den Beinen, ziehende Schmerzen in der Sprunggelenksgegend und in der des Knies, Prickeln und Kribbeln in den Extremitäten etc. Die Neuritis wurde bei Kranken jeden Alters gefunden; auch der Sitz des Krebses scheint von keinem Einfluss zu sein; Compression durch den Tumor ist als Ursache auszuschliessen, da z. B. Neuritis der Arme bei Uterus- und Magenkrebs beobachtet wurde. Die einzige wahrscheinliche Erklärung ist Selbstinfection.

Ofterdinger (Rellingen).

---

232) **Havage:** Note sur un cas de polynévrite infectieuse aigue. Revue de médecine, p. 138, février 1891.

(Mitgetheilt in den Annales de Médecine, 4 mars 1891.)

Ein 40jähriger Mann erkrankte an Fieber und allgemeiner Muskelsteifigkeit. Drei Tage später Prickeln und ausserordentliche Schwäche in den Beinen; fast vollständige Impotenz. Brennen und Prickeln insbesondere in der grossen Zehe. Nirgends Druckschmerz. Gefühl für Berührung und Schmerz sehr, für Temperaturunterschiede leicht herabgesetzt. Kniereflex links vermindert, rechts ganz geschwunden. Später Muskellähmung der oberen Extremität, besonders der Extensoren. Endlich Ausdehnung der Abgeschlagenheit auf die Muskeln des Beckens und des Gesässes. Allgemeine Abmagerung. Grosse Eiweissmengen im Urin. Nach 14 Tagen Lähmung der Gesichts- und zuletzt der linken äusseren Augenmuskeln. Dann Schwinden und zuletzt vollständiges Aufhören der Krankheitserscheinungen. Einer Alkoholintoxication, welche ätiologisch nahe liegt, weil der Kranke Wein-

händler war, widerspricht das Krankheitsbild. Die reichliche Albuminurie und das Fieber leitet auf Infection, vielleicht auf Influenza als Ursache der Polyneuritis hin, obwohl dieselbe in dem vorliegenden Falle nicht erwiesen ist. Ofterdinger (Rellingen).

---

233) **H. Render** (Detroit): Acute infections polyneuritis. (The Americ. Lancet, December 1890.)

Verf. berichtet den Fall eines 21jährigen Mädchens, das ohne bekannte Ursache an Polyneuritis erkrankte und unter den Erscheinungen einer Vaguslähmung starb (Sectionsbefund fehlt). Dieser Fall giebt ihm Veranlassung, die Hauptpunkte der im Uebrigen ja hinlänglich bekannten differentiellen Diagnose zwischen Polyneuritis und spinalen Erkrankungen, namentlich der Poliomyelitis, auseinanderzusetzen. Voigt (Oeynhausen).

---

234) **Albert L. Stanley** (Philadelphia): Report of a case of arsenical poisoning followed by general paralysis. (The Americ. Lancet, December 1890.)

Der Bericht ist wenig erschöpfend: es handelte sich in dem Falle augenscheinlich um eine Polyneuritis nach acuter Arsenikvergiftung, die innerhalb Jahresfrist nach Anwendung von Strychnin, Elektricität und Massage heilte. Voigt (Oeynhausen).

---

235) **A. Joffroy** et **Ch. Achard**: Syringomyélie non gliomateuse associée à la maladie de Basedow. (Arch. de Médic. expérim., 1891, Serie I, Heft III.)

Dreissigjähriges Mädchen, hat seit neun Jahren schwere epileptiforme Anfälle, seit vier Jahren Symptome von morb. Basedowii (Exophthalmus, Tachycardie). Sensibilität in allen Qualitäten stets intact. Keine atrophischen Störungen. Section ergab Syringomyelie des Cervicalmarkes und eine beträchtliche Dilatation der Venen der pia mater des oberen Rückenmarkes und des rechten Occipitallappens (cavernöses Angiom). Keine Spur eines gliomatösen Tumors. Die Syringomyelie reicht vom unteren Theil der Med. oblong. bis zum ersten Dorsalnervenpaar. Die Verf. nehmen an, dass die Höhlenbildung einem chronischen entzündlichen Vorgange, der durch die venöse Stase angeregt ist, ihre Entstehung verdanke, und wünschen, dass derartige Processe als myélite cavitaire bezeichnet werden. Da sich klinisch keins der bekannten Symptome der Syringomyelie nachweisen liess, so ziehen die Verf. aus dem Fall den Schluss, dass die sichere Diagnose der Syringomyelie heute noch vollkommen unmöglich sei.

Bielschowsky (Breslau).

---

236) Dr. **Emil Redlich** (Wien): Ueber eine eigenthümliche, durch Gefässdegenerationen hervorgerufene Erkrankung der Rückenmarkshinterstränge. (Zeitschr. für Heilkunde, 1891, Bd. XII.)

R. hat im Laboratorium von Obersteiner ca. 100 Medul. spin. untersucht und konnte in 10 Fällen eine primäre Erkrankung der Gefässe, die in einer Verdickung der inneren und Sclerosirung der äusseren Schichten besteht, constatiren. In den leichteren Fällen, von denen R. annimmt, dass

sie den Beginn des Leidens darstellen, ist es deutlich zu erkennen, dass nur eine isolirte Affection der Gefässe ohne Mitbetheiligung des Parenchyms vorliegt. Erst in den vorgeschrittenen Fällen wird auch das umliegende Parenchym in Mitleidenschaft gezogen; es entsteht eine förmliche Sclerosirung des Gewebes, die sich dadurch besonders als secundär charakterisirt, dass ihr Ausgangspunkt von den Gefässen deutlich nach Form und Ausbreitung zu erkennen ist. Diese Gefässveränderung ergreift beide Rückenmarkshälften symmetrisch und sitzt vornehmlich in der centralen Hälfte des Hinterstranges des Lenden- und unteren Brustmarkes. Sacral- und Halsmark bleiben zum grössten Theil frei. Von der Tabes sind diese Fälle streng zu trennen. Bei ihnen sind die centralen Abschnitte der Hinterstränge afficirt, bei der Tabes sind gerade diese Partien meist verschont. Bei Tabes erstreckt sich die Bindegewebssclerosirung über grosse Theile des Querschnitts, hier ist der Process ein ganz secundärer und gerade die Umgebung der verdickten Gefässe befallender. — In der normalen Gefässvertheilung des Rückenmarkes, wie sie Adamkiewicz und Kadyi angegeben haben, lässt sich eine Erklärung für die auffällige Lokalisation der Erkrankung nicht finden.

Bielschowsky (Breslau).

---

237) **Joseph Eichberg** (Cincinnati, O.): A case of acute ascending paralysis; rapidly fatal issue. (Ein Fall von acuter aufsteigender Paralyse mit schnell tödtlichem Ausgange.) (The Medic. Rec., 21. Febr. 1891.)

Nach ausführlicher Mittheilung des Falles stellt Verf. auf Grund eigener und fremder Beobachtungen folgende Sätze auf:

1) Statt des gänzlich unwissenschaftlichen Namens „Landry's Paralyse“ sollte die Bezeichnung „acute progressive motor. Paralyse“ eingeführt werden.

2) Darunter ist ein acut infectiöser Process zu verstehen, der in erster Linie die graue Substanz der Vorderhörner schädigt.

3) Das betreffende Gift wirkt unter Umständen so heftig, dass der Kranke zu Grunde geht, ehe es zu charakteristischen Gewebsveränderungen kommen kann.

4) In Fällen von längerer Dauer findet man post mortem gewöhnlich entzündliche Zustände der grauen und weissen Rückenmarksubstanz (Stase, perivasculäre Infiltrate, mikroskopische Hämorrhagien, Aufschwellung der Ganglienzellen und Axencylinder, Zerstörung der Ganglienzellen), die am stärksten da sind, wo die Erkrankung zuerst ihren Sitz hatte, d. i. gewöhnlich im Lumbaltheile (nur ausnahmsweise beginnt sie auch einmal an einer höheren Stelle und steigt nach unten).

5) In Folge anatomischer oder moleculärer Veränderungen der Ganglienzellen der Vorderhörner etc. finden sich auch in den peripheren motorischen Nerven Veränderungen, und zwar gleichen diese denjenigen, welche der Trennung des Nerven von seinen Ganglien folgen. In Fällen, in denen diese peripheren Veränderungen neben gesunden Ganglienzellen gefunden werden, muss man annehmen, dass der ursprüngliche Krankheitsprocess in letzteren bald wieder verschwand, während er in der Peripherie sich weiter ausbildete.

6) Sensible Störungen treten zwar nicht in der Regel, aber doch häufig auf; sie entstehen wahrscheinlich in Folge von Circulationsstörungen oder auf die Hinterhörner etc. fortgeleiteten Entzündung.

7) Ebenso häufig findet sich neben all diesen Veränderungen eine nicht mit Exsudatbildung einhergehende Entzündung der pia mater.

8) Die Erkrankung ist gewöhnlich, aber nicht nothwendigerweise tödtlich; fast immer erfolgt der Tod dadurch, dass der Krankheitsprocess diejenigen Ganglienzellen ergreift, welche der Functionirung der Respirationsmuskeln vorstehen.

9) Trophische Störungen werden selten gefunden, da in den heftigen Fällen der Verlauf zu schnell ist, in den milderen eine bedeutende Zerstörung von Ganglienzellen nicht stattfindet.

10) Leute von 20—40 Jahren sind am meisten zu der Erkrankung geneigt.

11) Ein Zusammenhang der Krankheit mit Syphilis scheint nicht zu bestehen.

12) Zwischen ihr und der acuten Poliomyelitis der Kinder besteht die grösste Analogie; während jedoch bei letzterer nur die Ganglienzellen umschriebener Bezirke erkranken und dann gewöhnlich zu Grunde gehen, so dass dauernde paralytische und trophische Störungen folgen, wird bei ersteren das ganze Mark ergriffen. Geschieht das in milder Weise, so gleichen sich die Störungen wieder aus und es bleiben keine trophischen Veränderungen zurück; in heftigen Fällen aber erfolgt der Tod, noch ehe sich trophische Störungen ausbilden konnten. Voigt (Oeynhausen).

---

238) **Calvin L. Harrison** (New York): An unusual case of shock following concussion of the lumbar spine. (The Medic. Rec., 6. Decbr. 1890.)

Ein 13jähriger Knabe, dem von einem 8jährigen ein eisenbeschlagener Peitschenstiel gegen die Wirbelsäule geworfen wurde, zeigte sofort Bewusstlosigkeit, Collaps, Todesblässe, mässig erweiterte, auf Licht schwach reagirende Pupillen, starke Verminderung der Pulszahl, Fehlen der Patellar- und Hautreflexe, convergirendes Schielen, Nystagmus. Als nach einer Stunde das Bewusstsein wiederkehrte, zeigte sich grosse Empfindlichkeit über dem 3. und 4. Lumbalwirbel (ohne Röthe oder Anschwellung etc.); bald folgte ein zehnstündiger gesunder Schlaf. Nach demselben erschienen der rechte Patellarreflex zurückgekehrt, der linke noch fehlend, der Cremasterreflex lebhaft, die Darm- und Blasenfunctionen normal; zugleich wurde ausser einer starken Druckempfindlichkeit der Darmfortsätze fast aller Wirbel eine cutane Hyperästhesie beobachtet, zuerst im Bezirke der beiden nn. ilio-hypog., dann an verschiedenen umschriebenen Stellen des Rückens und der Lendengegend, der Genitalien u. s. w. Alle diese Symptome verschwanden im Verlaufe von 14 Tagen. Voigt (Oeynhausen).

---

239) **Andry**: Deux cas mortels de syphilis cérébrale. Lyon médical, p. 228, 15 févr. 1891. (Mitgetheilt in den Annales de Médecine, 18 mars 1891.)

1) Eine 46jährige Frau war auf der ganzen rechten Seite gelähmt und anästhetisch; sie starb nach einem epileptiformen Anfall. Die Section ergab ausser Hämorrhagien im Frontaltheil der Hirnhäute ein taubeneigrosses Gumma, das den Linsenkern ausfüllte, sowie Endarteritis in der fossa Sylvii.

2) Ein 40jähriger Mann, vor 10 Jahren syphilitisch inficirt, dessen Vater geisteskrank gestorben war, war vor 2 Jahren vorübergehend verwirrt, wurde dann gedächtnissschwach, bekam schleppende, haesitirende Sprache. Lähmungserscheinungen wurden auch später nie beobachtet. Nach einer Kur

trat Besserung ein. Ende 1889 zeigte sich aufs Neue Verwirrtheit, und der Kranke starb in maniacalischem Zustande. In letzterem Stadium war Quecksilber und Jod ohne Erfolg. (Eine Section und deren Ergebnisse wird nicht erwähnt.) Ofterdinger (Rellingen).

---

240) **G. W. M'Caskey** (Fort Wayne, Ind.): Hemianopsy as a diagnostic sign of brain disease. (Hemianopsie, ein diagnostisches Merkmal von Hirnerkrankung.) (The American Lancet, März 1891.)

Hauptinhalt der Arbeit:

1) Laterale homonyme Hemianopsie ist stets Folge einer Läsion zwischen Chiasma und Occipitallappen, und zwar sitzt dieselbe in der den blinden Gesichtsfeldhälften entgegengesetzten Seite.

2) Temporale Hemianopsie ist stets Folge einer Läsion der centralen Masse, möglicherweise auch der unteren Oberfläche des Chiasma.

3) Nasale Hemianopsie ist stets Folge arterieller Erkrankung oder möglicherweise auch zweier symmetrischer Geschwülste, die auf die äusseren Ränder des Chiasma drücken.

4) Horizontale Hemianopsie kann die Folge einer symmetrischen Läsion beider Occipitallappen sein, die durch ihren Sitz auf homologe Quadranten der Retina wirkt; sie kann aber auch abhängen von einer Läsion, welche auf die untere oder obere Oberfläche der nn. optic. drückt.

5) Farben-Hemianopsie ist stets corticalen Ursprungs.

6) Das Vorhandensein des Pupillen-Lichtreflexes in den blinden Segmenten der Netzhaut beweist, dass die Läsion rückwärts von den Basalganglien sitzt.

7) Die Kreuzung der Opticusfasern in dem Chiasma ist eine theilweise, dazu eine gradweise beträchtlich wechselnde, wodurch sich die Gestaltverschiedenheiten der blinden Felder bei lateraler homonymer Hemianopsie erklären.

8) Bei temporaler und nasaler Hemianopsie, sowie bei allen anderen Fällen von Hemianopsie, die durch vor den Basalganglien gelegene Läsionen entstanden, sind alle Formen des Sehens verloren.

9) Die Macula lutea und ein veränderlicher Raum um dieselbe empfangen Nervenfasern von beiden Hemisphären, woraus sich in Fällen von Hemianopsie ebensowohl das ziemlich constante Erhaltenbleiben des centralen Sehens, als Verschiedenheiten der Grenzlinie zwischen den sensiblen und blinden Fasern der Retina erklären. Voigt (Oeynhausen).

---

241) **C. N. Dowd**: Abscess of the temporo-sphenoidal lobe, secondary to otitis media. (Aus der New York Pathological Society, Sitzung v. 26. Nov. 1890.) (The Med. Record, 7. Febr. 1891.)

D. berichtet folgenden Fall. Ein 10jähriger Knabe erkrankte, nachdem er in den letzten 3—4 Jahren öfter an Schmerzen des linken Ohres und Ausfluss aus demselben gelitten, an Kopf- und Ohrschmerzen, abwechselndem Hitze- und Kältegefühle, abendlichen Delirien. An diese Symptome schlossen sich wenige Tage später an Erbrechen, Stirnschmerz, Fieber, Steifheit des Nackens, geringer Nystagmus. In der nächsten Nacht delirirte Patient und hatte fünf Mal allgemeine Convulsionen und verschiedene Anfälle von

Opisthotonus durchzumachen; dann trat nach Verlauf weniger Tage Stupor, Coma, schliesslich der Tod ein. Uebrigens war der Puls meist langsam, wie so oft bei Meningitis, die Temperatur nur in den ersten Tagen etwas erhöht gewesen. — Sectionsbefund: Im linken Tempor.-sphen.-Lappen besteht ein hühnereigrosser Abscess ohne äussere Oeffnung; die pia mater über den pars petrosa des Schläfenbeins ist weich und verdickt; das den Abscess rings umgebende Hirngewebe erscheint, auch mikroskopisch, normal, während die Abscesswände nekrotisch sind, der Abscesseiter dünn und grünlich ist; die pars petrosa des Schläfenbeins ist zerstört und eiterig infiltrirt; die pia der unteren Partie des Schläfenlappens bietet ebenso, wie das crus crebr., die Zeichen exsudativer Entzündung; die dura ist überall gesund. — Es handelte sich also um einen alten Abscess, der im Ganzen wenig Symptome machte; namentlich wurden der Geschmack- und Gehörsinn, die ja ihr Centrum in dem Temperatur-Sphenoidlappen haben sollen, nicht verändert gefunden, doch ist es allerdings möglich, dass die gesunde Hirnseite diese Functionen übernommen hatte. Jedenfalls waren aber Störungen anderer Hirnnerven oder der motorischen Centren, wie sie in den bisher diagnosticirten Fällen dieser Klasse fast ausnahmslos vorhanden waren, nicht da.

Voigt (Oeynhausen).

---

242) **C. W. Watts** (Aux Vasse, Mo.): Injuries of the skull. (Schädelverletzungen.) (The Saint Louis Med. and Surg. Journ., December 1890.)

Verf. berichtet kurz zwei Fälle von Schädelverletzung, in denen es sich nur um eine Hirnerschütterung zu handeln schien. Erst die Trepanation zeigte, dass in dem ersten Falle (Coma, stertoröses Athmen) ein Stück der tabula interna abgesprungen und in das Gehirn gedrungen war, und in dem andern (Unbesinnlichkeit, Verminderung des Sehvermögens, zeitweise Doppelsehen, abwechselnd mit Blindheit), dass ein Bluterguss über dem Seh- und Streifenhügel stattgefunden hatte. Voigt (Oeynhausen).

---

243) **Graeme M. Hammond** (New York): Astasia and Abasia, with the presentation of a case. (The Medic. Rec., 28. Febr. 1891.)

Der Ansicht Paul Blocq's (Archiv de Neurologie, vol. XV, Januar 1888), dass die Astasie und Abasie, d. h. also die Unfähigkeit zu stehen und zu gehen, ohne dass eine motorische Paralyse besteht, eine besondere, von der Hysterie leicht zu trennende Neurose sei, ist um so weniger zuzustimmen, als seine Gründe nicht unwiderleglich sind. Diese Symptome gehören zweifellos zur Hysterie, und zwar kommen sie bei derselben gar nicht so selten vor, als Hammond annimmt; wenigstens könnte Ref. zu den 15 Fällen, die nach H. bisher veröffentlicht sind, eine ganze Reihe berichten, in denen Hysterische mit ihren Versuchen, zu stehen und namentlich zu gehen, daran scheiterten, dass sofort Zittern einzelner Glieder oder Steifigkeit verschiedener Muskelgruppen oder ataktische Bewegungen oder Flexionen der Zehen u. s. w. eintrat; wie andere hysterische Erscheinungen, so wurden auch diese durch eine entsprechende psychische Behandlung unter Zuhilfenahme von Bewegungsübungen u. s. w. zum grössten Theile schnell geheilt.

Voigt (Oeynhausen).

---

244) **A. Eulenburg** (Berlin): Ueber Astasie und Abasie bei Basedow'scher Krankheit. (Neurolog. Centralblatt, 1890, Nr. 23.)

Achtzehnjähriges, nicht hysterisches Mädchen mit ausgesprochener Basedow'scher Krankheit bekommt zu einer Zeit, als die Symptome dieses Leidens gerade eine wesentliche Besserung erfahren hatten, plötzlich ohne nachweisbare Ursache eine Lähmung beider Beine. In der Bettlage werden alle Einzelbewegungen der Füsse etc. in durchaus normaler Weise ausgeführt, dagegen zeigt sich beim Versuch zu gehen das reinste Bild der Astasie-Abasie: sofortiges Zusammenknicken und Unmöglichkeit, sich zu halten, bei völlig schlaffem Zustand der Muskulatur. Vollkommene Heilung nach zweimaliger Application des faradischen Pinsels.

Bielschowsky (Breslau).

---

245) **Julius Rosenberg** (New York): A case of Graves disease, apparent heredity. (Ein Fall von Basedow'scher Krankheit; anscheinende Ererbung.) (The Medic. Rec., 29. Nov. 1890.)

Der Fall bietet nichts Besonderes, ausser dass er eine Frau betrifft, deren Eltern und Geschwister gleichfalls an Basedow'scher Krankheit litten.

Voigt (Oeynhausen).

---

246) **Chas. W. Hitchcock** (Detroit, Mich.): Epilepsy. (The American Lancet, Februar 1891.)

Am Schlusse einiger allgemeinen Bemerkungen über Epilepsie berichtet Verf. zwei Fälle, in deren einem die epileptischen Anfälle von einer Phimose abhängig zu sein schienen (wenigstens trat bedeutende Besserung nach der Operation ein), in deren zweitem ein Mann von bleibender ächter Epilepsie ergriffen wurde, nachdem er zuvor lange Zeit hindurch epileptische Anfälle mit grosser Geschicklichkeit simulirt hatte. Voigt (Oeynhausen).

---

247) **Geo. H. Lee** (Galveston, Texas): A case of tetanus treated with eserine; recovery. (Ein Fall von Tetanus, der mit Eserin behandelt wurde; Heilung.) (The pacif. Rec., 15. Dec. 1890.)

Eine 23jährige Frau erkrankte, nachdem sie anscheinend kurz zuvor abortirt hatte, an Tetanus, weshalb sie 8—9 Tage lang täglich auf subcutanem Wege 0,06 Eserin sulf. und nebenbei grosse Dosen Morphium erhielt. Während letzteres auf die Convulsionen fast gar keinen Einfluss hatte, wirkte das Eserin jedesmal nicht nur schmerz-, sondern auch krampfstillend, bis endlich sogar Heilung eintrat. Voigt (Oeynhausen).

---

248) **H. Holsti**: Et fall af Akromegalie. (Ein Fall von Akromegalie.) (Festskrivd fran Pathologisk-Anatomisk Institut. Helsingfors 1890.)

Verf. beschreibt einen von ihm beobachteten Fall dieser Krankheit; Pat. war ein Mann, dessen Gesundheit bis dahin vorzüglich gewesen war; in seiner Familie waren Fälle von Geisteskrankheit vorgekommen. 1878 machte er eine fieberhafte Krankheit durch und litt von der Zeit an an

heftigen, reissenden Schmerzen in Armen und Beinen. 1880 begannen seine Hände und Füsse zu wachsen, ebenso sein Kopf, der Unterkiefer begann zu prominiren; zugleich trat eine immer zunehmende Schwäche auf, und der ihn behandelnde Arzt constatirte eine allgemeine Muskelatrophie. 1888 ist die Vergrösserung der betreffenden Gliedmassen noch weiter vorgeschritten: der Unterkiefer ragt so weit vor, dass die Zähne in demselben 1,5—2 cm vor den Oberzähnen stehen; die Unterlippe verdickt, nach aussen gebogen, der Kopf und Hals verdickt, ohne unförmlich zu sein. Die Arme normal, die Hände dagegen ausserordentlich gross, besonders ungeheuer breit, dabei schlaff und kraftlos und nicht mehr fähig, etwas complicirtere Bewegungen auszuführen. Die Beine und ganz besonders die Füsse ebenfalls stark vergrössert. Dabei klagt Pat. über Asthma, vermehrte Schweissabsonderung und Constipation. Pat. starb 1889 an einem Erysipel.

Die Section ergab Folgendes: Starke Verdickung des Schädels, stellenweise bis zu 1 cm. Das Gehirn auffallend gross, 1840 gr; die Hypophyse stark vergrössert, bei weicher Consistenz die Thyreoidea hypertrophisch, von fester Beschaffenheit. Untersuchung der langen Knochen ergab keine Veränderung, die Knochen der Hände und Füsse dagegen, besonders die der Finger und Zehen typisch vergrössert und verändert, vorzugsweise in ihren Endphalangen. Das Periost der Zehen verdickt und adhärent; die Oberfläche der Knochen uneben durch kleine Knötchen, besonders in der Gegend der Epiphysen, deren Volumen bedeutend vergrössert war. Die Diaphyse seitlich abgeflacht, so dass ihre obere und untere Oberfläche sehr klein waren. — Form und Aussehen der Knochen durchaus verändert, besonders in den Nagel-Phalangen. Die Articulationen überall intact. Bei einem Schnitt quer durch die Knochen war zu constatiren, dass, besonders in der Diaphyse der Clavicula, die compacte Substanz viel dicker als gewöhnlich war. In der Thyreoidea bestand beträchtliche Verdickung des Bindegewebes bei vollkommener Atrophie des glandulären Parenchyms. Verf. ist der Ansicht, dass die Verschiedenheit der Resultate bei den verschiedenen Sectionen ihren Grund darin hat, dass man mit dem Namen Akromegalie eine ganze Reihe von Krankheiten bezeichnet hat, die trotz ihrer äusseren Aehnlichkeit, ihrem Charakter und ihrer Natur nach sehr von einander abweichen können. — Wenn es sich um die Frage handelt, in welcher von den durch die Section gezeigten Veränderungen man die Ursache der Akromegalie finden dürfte, so glaubt Verf. hierauf noch keine endgültige Antwort geben zu können. Indessen weist er darauf hin, dass man die Veränderungen der Thyreoidea nicht ausser Acht lassen darf; er hebt dabei die Rolle hervor, die dieses Organ in gewissen Störungen des Nervensystems und der Circulation — Myxödem, Basedow'sche Krankheit, Kretinismus — spielt.

Ferner beschäftigt sich H. mit der Frage nach den Beziehungen zwischen der Akromegalie und der von Paget beschriebenen Osteitis deformans; er weist eine gewisse Aehnlichkeit nach zwischen dieser Krankheit und dem von ihm beschriebenen Fall und glaubt, daraus schliessen zu dürfen, dass der Unterschied zwischen der Localisation der Knochenaffection bei Akromegalie und der bei Osteitis deformans nicht so gross ist, wie man gewöhnlich annimmt, dass es überhaupt mehr ein gradueller als principieller Unterschied ist. Als bemerkenswerthes Phänomen in der Anamnese des betreffenden Falles theilt der Verf. mit, dass der Patient viele Jahre vor dem Auftreten der Symptome von Akromegalie an einer Neurose (wahrscheinlich eine

vasomotorisch-throphische Neurose) gelitten hat, die sich in plötzlichen Schwellungen der Handgelenke äusserte; diese Schwellungen traten genau an denselben Stellen auf, wo später die Vergrösserung der Knochen begann, man muss daher einen Zusammenhang zwischen dieser vasomotorischen Neurose und der später auftretenden Akromegalie annehmen. Vielleicht fand auch eine analoge Anschwellung der Zehen statt, ohne dass der Kranke dessen gewahr wurde, da die Schwellungen nicht von Schmerzen begleitet waren. Kurella.

---

249) **A. V. Wendel** (Newark, N.-I.): Erythromelalgia.
(The Medic. Rec., 15 Nov. 1890.)

Die Erkrankung betraf die Füsse, entstand anscheinend dadurch, dass die Patientin längere Zeit hindurch täglich in heisse Carbollösung getauchte Kleider ausgerungen hatte, und wurde, nachdem eine Menge örtlicher und innerer Mittel vergebens angewandt waren, schnell durch den inneren Gebrauch von Liquor. acid. arsenic. geheilt. Voigt (Oeynhausen).

---

250) **Hawald N. Moyer** (Chicago): Hypodermic use of arsenic.
(The Therap. Gazette, 15. Jan. 1891.)

Verf. empfiehlt, den Arsenik nur subcutan zu gebrauchen, zumal er so die Digestionsorgane nicht angreife. Jedenfalls wirkt er subcutan eingespritzt am besten, wie dies namentlich eine Reihe schnell geheilter Fälle von Chorea bezeugten. Im Uebrigen leiste er gegen Paralysis agitans und andere Tremorformen nicht das, was Eulenburg ihm zuschreibe.
Voigt (Oeynhausen).

---

251) **Alexander Rixa** (New York): How to prevent hay-fever. (Wie ist dem Heufieber vorzubeugen?) (The Therap. Gazette, 15. Jan. 1891.)

R. verhinderte in sechs Fällen den Ausbruch des bis dahin habituellen Heufiebers dadurch, dass er die Patienten etwa 14 Tage vor dem gewöhnlichen Eintritte der Erkrankung ihre Nasenhöhlen 4mal täglich mit warmer Kochsalzlösung irrigiren und unmittelbar darnach mit gleichen Theilen Hydrogen. peroxyd. und Glycerin durch den Spray bestäuben liess; endlich mussten die Kranken 3 Tage vor dem Anfall anfangen, 3mal täglich Phenacetin und Salol à 0,3 Gr. zu nehmen. Voigt (Oeynhausen).

---

252) **Frank Churchill** (New York): Hystero-Neuroses and Melancholic cured by trachelorophy. (The Medic. Record., 31. Jan. 1891.)

Ein 28jährige Frau, die von ihrem ersten Kinde durch Kunsthülfe entbunden wurde, erkrankte $^3/_4$ Jahr später mit der Wiederkehr der Menstruation an Nervosisät, Schlaflosigkeit u. s. w.; an diese Symptome schlossen sich im Laufe der nächsten Monate melancholische Zustände mit Hallucinationen an. Alle dagegen angewandten Mittel blieben erfolglos, bis eines Tages alte Cervixrisse operativ behandelt wurden: unmittelbar darnach trat Besserung und Heilung der Geisteserkrankung ein. — Es ist merkwürdig, dass die reflectorische Reizung des Gehirns erst dann eintrat, als sich die Menses wieder einstellten. Voigt (Oeynhausen).

---

253) **John A. Wyeth** (New York): Craniectomy for microcephalus. (The medic. Rec., 21. Febr. 1891.)

Ein 3 Monate altes, gesundes Kind wurde während des Keuchhustens sehr nervös, schrie viel, schlief nicht u. s. w.; der Arzt schob diese Symptome auf eine zu frühe Verknöcherung der grossen Fontanelle und gab zur Beruhigung des Kindes monatelang Chloral und Morphium. Im 7. Monate hatte es einen cataleptischen Anfall, der bleibende Taliped. equinovar. und leichte Flexion der linken Hand hinterliess. Im 11. Monate war der Schädel nicht grösser, als der eines zweimonatlichen Kindes; die Augen bewegten sich zeitweise krampfartig, die Pupillen waren erweitert, der Blick leer und einfältig, die Bewegungen der Arme und Hände incoordinirt, die Intelligenz äusserst mangelhaft. Nach der Operation (Mobilmachung der Seitenwandbeine durch Einschnitte und Ablösung von der unverletzt bleibenden Dura etc. trat schon binnen wenigen Tagen in jeder Beziehung eine Besserung ein und nach 4 Wochen waren die Pupillen normal, der Schlaf gut, die motorischen Störungen gehoben, die Intelligenz bedeutend gebessert. Leider ist die Beobachtungszeit zu kurz, als dass man auf Grund dieses Falles sich allzu grossen Hoffnungen hingeben darf. Voigt (Oeynhausen).

---

254) **James Barr** (Liverpool, England): Treatment of Meningitis. (Behandlung der Meningitis.) (The Therap. Gazette, 16. Febr. 1891.)

Verf., welcher in den letzten Jahren 13 an einfacher Basilar und Convexitäts-Menigitis Leidende behandelte und davon nur 1 durch den Tod verlor, giebt die ausführlichen Krankengeschichten von 7 dieser in seinem Hospitale behandelten Kranken. Seine Behandlung besteht zunächst und vor Allem darin, dass er die Kranken, um alle äusseren Nervenreize abzuschliessen, in niedrig temperirte und gut ventilirte, dunkle, stille Räume (im Falle cutaner Hyperästhesie auf das Wasserbett) legt; sodann lässt er auf dem geschorenen Kopfe beständig eine Eiskappe tragen und in den Nacken ein spanisches Fliegenpflaster legen; dazu giebt er innerlich Calomel, um den Stuhlgang in Ordnung zu halten. Als Nahrung erlaubt er nur Milch, Mehlspeisen und Butter. Symptomatisch verordnet er gegen das Erbrechen Senfpflaster auf den Magen u. s. w., gegen den Schluckauf subcutane Morphium-Einspritzungen, gegen die cerebrale Uebererregung, Schlaflosigkeit und allgemeine Unruhe Opium, am besten in Form von Pulv. Dower und in Verbindung mit Acid. salicylic. (0,5—0,6 $\widehat{aa}$, alle 4 Stunden für einen Erwachsenen), gegen Convulsionen Inhalationen von Chloroform. Im Uebrigen verwirft er alle anderen Schlaf- und Nerven-Depressions-Mittel, giebt Jodkali nur, wenn gegründeter Verdacht auf eine syphilitische Basis der Erkrankung vorhanden ist, und will Blutentziehungen höchstens in den beiläufig seltenen Fällen angewendet wissen, in denen im Beginn der Erkrankung heftige Herzaktion und vermehrter arterieller Druck vorhanden sei.

Bemerkenswerth in der Arbeit sind noch ein Paar Worte, die Verf. der differentiellen Diagnose zwischen Meningitis cereb. und Typhus widmet. Die Ansicht nämlich, dass bei der Meningitis im Gegensatze zum Typhus die Patellarreflexe fehlten, sei falsch; er habe im Gegentheil in der Meningitis Steigerung derselben und Fussclonus gesehen, wie dieselben beim Typhus nur in sehr heftigen Fällen vorkommen. Allerdings pflegte die Steigerung der

Reflexe nicht selten, wenn auch nur zeitweise, dann zu verschwinden, wenn das erste, hyperästhetische Stadium vorüber ist und ein Erguss ins und ums Gehirn stattgefunden hat. Diese Hyperästhesie aber fehle beinahe in keinem Falle von Meningitis, während sie beim Typhus gewöhnlich nicht vorhanden sei, sie sei also ein wichtigeres differentiell-diagnostisches Hülfsmittel, als die Reflexe. Voigt (Oeynhausen).

---

255) **Dujardin-Beaumetz** (Paris, France): Suggestion in therapeutics. (Suggestion als Heilmittel.) (The Therap. Gazette, 16. Febr. 1891.)

Nach einem kurzen Ueberblicke über die Geschichte des Hypnotismus und der verschiedenen Methoden, Hypnose mit ihren verschiedenen Stadien zu erzeugen, geht Verf. auf die Frage nach dem Nutzen der hypnotischen Suggestion über. Dieselbe erweise sich zur Bekämpfung gewisser Krankheitszustände hülfreich, wie ja überhaupt von jeher die Suggestion, d. h. der Einfluss des Arztes auf den Patienten, bei der glücklichen Behandlung verschiedener Erkrankungen eine grosse Rolle gespielt habe. Am nützlichsten sei sie in Fällen von Hysterie, zumal man in diesen durch hypnotische Suggestion sogar so hochgradige Anästhesie und Unempfindlichkeit gegen die Eindrücke der Aussenwelt erzeugen könne, dass der betreffende Patient gelegentlich chirurgische und geburtshülfliche Operationen an sich vornehmen lasse, ohne etwas davon zu fühlen; allerdings habe diese Fähigkeit des Hypnotismus, Gefühllosigkeit hervorzurufen, auch ihre Grenzen; sie könne da, wo pathologische Veränderungen in der Erzeugung eines zu beseitigenden Schmerzes Schuld seien, nicht helfen. Bei einer zweiten Klasse, derjenigen der „Neurastheniker, Hypochonder und anderer Nervöser", könne man gleichfalls durch hypnotische Suggestion nützen, doch sei hier die gute Wirkung gewöhnlich schnell vorübergehend. Von gar keiner Wirkung sei sie in allen denjenigen Fällen, in denen die Krankheitserscheinungen durch gröbere pathologische Veränderungen hervorgerufen würden. — Ueber die Frage, ob die Hypnose auch schädlich wirken könne, behauptet Verf., kein eigenes Urtheil zu haben. Voigt (Oeynhausen).

---

256) **Prof. Eulenburg**: Zur medicinischen Electrotechnik. Neues Horizontalgalvanometer mit schwimmendem Anker von W. A. Hirschmann. (Deutsche Med. Wochenschrift. 1890. Nr. 30.)

E. beschreibt und empfiehlt als praktisch sehr brauchbar ein von Hirschmann in Berlin hergestelltes neues Horizontalgalvanometer mit schwimmendem Anker. Der stabförmige Anker, der mit einem kleinen, geschlossenen, dünnwandigen Metallballon fest verbunden ist, schwimmt in einer Mischung von Alkohol und Wasser von geeignetem specifischen Gewicht. Die Vorzüge des Instrumentes beruhen auf der verschwindend geringen Reibung der Ankerspitze in ihrem Achatlager und in der völligen Aperiodicität der Nadel. Eigenschwingungen sind selbst bei den grössten Stromschwankungen gänzlich ausgeschlossen. Bei voller Empfindlichkeit beträgt der Messumfang des Instrumentes 5 M. A. Durch verschiedene Umschaltung kann derselbe auf 10,20 und 50 M. A. gebracht werden. Für electrolytische Zwecke ist eine Verstärkung des Messumfangs auf 500 M. A. vorgesehen. Das Horizontalgalvanometer kommt in verschiedenen Dimensionen zur Ausführung und

kann ebensowohl für stationäre wie für transportable Batterien verwendet werden. Bielschowsky (Breslau).

---

257) **William James Morton** (New York): The Franklinic interrupted current; or my new system of therapeutic administration of static electricity. (The Medic. Rec., 24. Jan. 1891.)

Das neue, übrigens schon seit 10 Jahren vom Verf. theilweise bekannt gemachte System besteht in der Entwickelung eines schnell unterbrochenen und graduirten Stromes aus der Influenz-Maschine (durch Einschaltung von zwei ein wenig von einander entfernten Metallkugeln, zwischen denen der Funke überspringt) und Ueberführung desselben in den Körper vermittelst Schwamm- oder anderer Electroden. In physikalischer Hinsicht ist dieser Strom weder plötzlich und vorübergehend (als Funke oder Schlag), noch beständig fliessend, sondern er besteht in einer unendlich schnellen Aufeinanderfolge kleiner plötzlicher Entladungen und setzt den andauernden Effect des physiologischen Tetanus. Während es sich beim Inductionsstrome um einzelne Impulse oder Ströme von entgegengesetzter Richtung handelt, besteht beim franklinis. unterbrochen jeder Impuls aus einer Reihe wechselnder entgegengesetzter Ströme von fast unbegreiflicher Schnelligkeit. In physiologischer Hinsicht macht dieser Strom vom Nerven aus lebhafte und anhaltende Muskel-Contractionen, wobei, im Gegensatze zu dem faradischen Strome, eine eigenthümliche Schmerzlosigkeit neben dem Gefühl einer gewissen Leichtigkeit und eine Art Schwebens besteht, auch wenn ein sehr starker Strom angewandt wird. Verf. empfiehlt ihn daher ganz besonders zur Ausführung der electrischen Massage an Stelle der gewöhnlichen. Im Uebrigen scheint er bei jeder Form von Muskellähmung mindestens so viel, als der faradische und galvanische Strom, bei Neuralgien mehr als diese zu nützen. Da er nach Verf. wenigstens ebenso tief in die Gewebe dringt, als der galvanische, und da er auch direct (vermöge der vom Verf. theilweise neu construirten Electroden) in die Körperhöhlen gebracht werden kann, so scheint ihm noch eine Rolle auf dem Gebiete der Electrotherapie bevorzustehen.

Voigt (Oeynhausen).

---

258) **Julius Hess** (Hamburg): Ueber Suspensionsbehandlung bei Tabes und anderen Nervenkrankheiten. (Berl. Kl. Wochenschr. 1891, Nr. 5 u. 6.)

H. kommt in seiner mit einer ausführlichen Literatur über den Gegenstand versehenen Arbeit auf Grund von Beobachtungen an 18 Fällen (5 Tabeskranke, 8 Neurastheniker und 5 Kranke mit Neuralgie, spinaler Muskelatrophie, Gastralgie, Hypochondrie und cerebraler Lues) zu dem jetzt ziemlich allgemein anerkannten Resultate, dass die Suspensionsbehandlung besonders bei Tabes nichts hilft. Kein einziger seiner Kranken hat einen längeren Erfolg gehabt; wenn etwas erreicht worden ist, so waren es vorübergehende Besserungen oder Verschlimmerungen, von denen die ersteren allerdings überwogen. Nur für die Behandlung der Neurasthenia spinalis, ebenso da, wo es auf psychische Wirkungen ankommt, sieht H. in der Methode eine Bereicherung des therapeutischen Materials. Hoppe (Allenberg).

---

259) **Ventra e Fronda**: Injezioni sottocutanee di succo dei testicoli di mammiferi nella terapia delle malassie mentali.
(Sep.-Abdr. Giornali di Psichiatria. Anno VI, Nr. 1 e 2.)

Die Verf. machten Einspritzungen von Hodensaft der Säugethiere bei 22 geisteskranken Männern und 8 Frauen, von welchen 9 Männer und 4 Frauen besserungsfähig waren. Die Erfolge entsprachen keineswegs den gehegten Erwartungen; eine kurze Besserung im Anfang der mehrwöchentlichen Kur war flüchtig und unwesentlich. Es traten im Gegentheil Verstärkungen der psychischen Symptome, der Depression oder Excitation auf. Ein einziger Fall schneller Besserung wurde der Antosuggestion zugeschrieben.

Das Urtheil der Verf. über die Wirkung auf die Nervencentren, wenn sie sich aus den Wirkungen auf psychopathische ein solches erlauben dürften, lautet: Es findet eine vorübergehende Excitation der Nervenzelle statt — keine wahre Kraftzunahme — welcher bald die Erschöpfungsphase folgt. Die Erregung ergreift mehr und eher das RM als das Gehirn, die Erscheinungen sind Abfall der Aussentemperatur des Körpers, Abnahme der Pulsfrequenz und der Respirationsfrequenz bei oberflächlichen Athemzügen.

Rohden (Oeynhausen).

---

260) **L. Goldstein** (Aachen): Zur Therapie der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems. (Berl. Kl. Wochenschr. 1890, Nr. 45.)

G. polemisirt gegen Bauke (Sonneberg), der nur kühlere Badetemperaturen neben der Schmierkur bei centraler Lues zulassen will. Mit Recht betont er, dass die Höhe der Temperatur wesentlich von der Art der Bäder und dem speciellen Fall bedingt würde, und weist den Vorwurf zurück, dass in Aachen Dampf- und Schwitzbäder angewendet würden. Man benutzt dort wärmere Bäder bis 28 ° R. Dagegen erzielt man in diesen Fällen mit 30—40 Einreibungen von 3—4 g keine Heilungen, wie in Sonneberg nach Bauke, sondern hat, wie auch die Mehrzahl der Autoren angiebt, recht beträchtliche Zeiträume und äusserst energische antiluetische Kuren nöthig.

Rohden (Oeynhausen).

---

261) **Mayerhausen**: Die franklinische Kopfdouche als Mittel gegen das Ausfallen der Haare. (Internationale Kl. Rundschau 1890, Nr. 45.)

In einer Reihe von Fällen des Haarausfalls, verbunden meist mit Kopfschmerzen, Migräne und Schlaflosigkeit, und auch bei „idiopathischen" Formen hat M. durch Anwendung dieser franklinischen Kopfdouche mit gleichzeitiger anderweitiger elektrischer Behandlung gute Erfolge erzielt.

Rohden (Oeynhausen).

---

262) **Fick, Ludwig**: Phantom des Menschenhirns. 6. Aufl. Marburg, bei Elwert. 1891.

Das bekannte Phantom erscheint in neuer Auflage mit Verbesserungen auf der 2. Tafel (Horizontaldurchschnitt). Die erste Tafel stellt auf über einander gehefteten Blättern Aussenseite und Höhlen des Gehirns dar. Erläuternder Text ist beigegeben. Ofterdinger (Rellingen).

---

263) **G. Wolzendorff**: Die Massage in ihrer Bedeutung für den praktischen Arzt. Hamburg, Verlag von Gebr. Lüdeking.

Nach Besprechung der Technik weist Verf. auf die Wirkung starker und schwacher Reize, auf die Vasomotoren hin; mässig starke mechanische Reize bringen Hyperämie hervor, welche entweder direct oder durch die damit verbundene Anämie entfernterer Theile therapeutisch verwendbar ist. Die Massage ist von Erfolg bei Facialis-, Radialis-, traumatischer Lähmung, bei solcher nach Diphtheritis, Typhus, Bleilähmung (vermehrte Bleiausscheidung durch den Urin). Zweifelhaft ist der Erfolg bei Gelenkneurosen und schädlich bei localisirter Neuritis. Bei Tabes tritt Linderung der lancinirenden Schmerzen ein. Bei cerebralen Lähmungen ist Massage gegen Gelenkcontracturen und Circulationsstörungen erfolgreich. Bei idiopathischen Neuralgien, besonders bei Ischias und Trigeminus-Neuralgie und solcher im Plexus brachialis giebt Massage gute Prognose; ebenso bei localisirten Krämpfen, besonders den coordinirten Beschäftigungs-Neurosen ohne centrale Ursache. Verf. warnt vor schematischer Massage-Behandlung bei functionellen Neurosen. Massage, besonders langsames Streichen des Rückens empfiehlt Verf. zur Schlaferzeugung bei Neurosen und Hysterie. Holzschnitte veranschaulichen den Text. Ofterdinger (Rellingen).

---

264) **Schüle**: Ueber den Einfluss der sog. „Menstrualwelle“ auf den Verlauf psychischer Hirnaffectionen. (Allg. Zeitschrift für Psych., XLVII. Bd., 1. Hft.)

Verf. führt den eigenartigen Verlauf drei von ihm ausführlich wiedergegebener Psychosenfälle auf die grundliegende Menstrualwelle zurück.

Ascher.

---

265) **Korsakow** (Moskau): Erinnerungstäuschungen (Pseudoreminiscenzen) bei polyneuritischer Psychose. (Allg. Zeitschr. für Psych., XLVII, 3. u. 4. Heft.)

Ausser Amnesie, welche bei der polyneuritischen Psychose eine nicht unwesentliche Rolle spielt, und zwar in der Form, dass vor Kurzem gegeschehene Dinge dem Gedächtnisse entschwinden, längstvergangene gut in Erinnerung bleiben, ist noch eine andere Störung des Gedächtnisses nicht selten, nämlich die Pseudoreminiscenzen oder die gefälschten Erinnerungen. Bei manchen Kranken halten sich einzelne gefälschte Erinnerungen sehr constant und geben Anlass zu mehr oder minder fixem Wahn. Dieser Wahn kann den Charakter beständig wechselnden Irreredens tragen, kann aber auch sehr stabil und einseitig sein. Bisweilen bemächtigen sich die Pseudoreminiscenzen und die daraus resultirenden Wahnideen mit grosser Gewalt der Aufmerksamkeit des Kranken und geben dann das Bild partieller Verrücktheit. Die gefälschten Erinnerungen wurzeln häufig in den Ueberresten irgend welcher wirklicher Erinnerungen. Sie entstehen wahrscheinlich in Folge Verbindungen der „Spuren“ in der unbewussten Sphäre der Psyche zu ziemlich constanten associativen Gruppen. Diese können später ins Bewusstsein treten und wirkliche Erinnerungen vortäuschen. Für die Entstehung solcher Associationsgruppen sind wahrscheinlich Defecte in den Processen der Ideenassociation nothwendig. Deshalb kommen Pseudoreminiscenzen am häufigsten bei solchen Psychosen vor, welche mit einer Alteration des Processes der Ideenverbindung einhergehen. Ascher.

---

266) Dr. **Theodor Dunin** (Warschau): Einige Bemerkungen über sogenannte traumatische Neurosen.

(Deutsch. Arch. f. klin. Medic., Bd. 47, p. 532.)

Verf. beschreibt einige Fälle von traumatischer Neurose, die in der Hauptsache von dem bekannten Bild dieser Krankheit nicht abweichen. Er erkennt dieselbe nicht als morbus sui generis an, sondern will, dass die Fälle von sog. traumatischer Neurose unter die Krankheitsformen der Hysterie, Neurasthenie und Psychose vertheilt werden. — Anschliessend wird über einen interessanten Fall von cerebralem Automatismus berichtet. Ein 28jähriger Mann wird auf die rechte Kopfseite geschlagen. Anfangs Verlust der Besinnung. Patient spricht wenig und ungern, ist sehr apathisch, giebt aber doch vernünftige und logische Antworten. Störungen der Motilität, Sensibilität und der Sinnesorgane nicht vorhanden. Patient lässt sich bei vollständig erhaltenem Bewusstsein wie „eine Maschine regieren". Die denkbar ungünstigsten Positionen werden ohne Veränderung und Opposition beibehalten. Patient hält auf Suggestiv-Fragen eine Feder für ein Rasirmesser etc., führt alle ihm befohlenen Handlungen aus und ändert auf Wunsch seine Persönlichkeit um. Dieser Zustand hat Aehnlichkeit mit der grande hypnose der Salpêtrière, lässt sich aber nicht mit ihr identificiren. Er ist bei dem Kranken selbständig, ohne Einfluss einer zweiten Person entstanden; er existirt in wachem Zustand und bei einem in gewissem Grade erhaltenen „Ich" des Kranken, dauert längere Zeit und kann nicht unterbrochen werden. — Die Eventualität der Simulation wird vom Verf. ausser Acht gelassen. Bielschowky.

---

267) **Klinke** (Leubus): Ein Fall von Sinnestäuschungen und Zwangsvorstellungen. (Jahrb. f. Psych., Bd. IX, Heft III.)

Eine völlig genesene gebildete Kranke giebt eine besonders ausführliche Selbstschilderung ihrer Krankheit, die als acuter hallucinatorischer Wahnsinn bezeichnet werden muss. Besonders werthvoll ist die eingehende Schilderung der Hallucinationen und Wahnideen; unsere Literatur ist nicht reich an so eingehenden Berichten. Ob es berechtigt ist, die gegen Ende der Selbstschilderung kurz erwähnten Erscheinungen als „Zwangsvorstellungen" zu bezeichnen, möchte Ref. bezweifeln. Der bekannten classischen Definition von Westphal, die nicht verlassen werden sollte, entsprechen sie nicht — da Patientin sich wohl erst in der Genesung der krankhaften Natur dieser Erscheinungen bewusst wurde. Es handelte sich um verwandte Symptome, die einfach als Zwangsvorstellungen zu bezeichnen, nach der Anschauung des Ref. doch zu Missverständnissen führen könnte. Mercklin (Riga).

---

268) **Greidenberg**: Ueber den recurrirenden Verlaufstypus einiger Formen acuter Geistesstörungen. Wiederkehrende Psychosen. Vorläufige, dem IV. Congresse russischer Aerzte vorgelegte Mittheilung. (Wratsch. Nr. 11, 1891.)

Redner hat in einigen Fällen acuter Geistesstörungen während der letzten 3—4 Jahre das Auftreten von Rückfällen, wie etwa bei Typhen, beobachtet, d. h. die Psychose bestand aus einzelnen, durch normale oder nahezu normale Intervalle von einander getrennten Anfällen, und zwar etwa in $2^1/_3$ % aller Fälle acuter Geisteskrankheiten. In einem, von im

Ganzen 7, Fällen waren 2, in 3 zu je 3, in 2 zu je 4 und in 1 (acutes Irresein mit dem Charakter der Amentia auf alkoholischer Basis) 5 Anfälle. Alle Kranken zeigten meist maniakalische Formen, welche einige Tage, selten eine Woche dauerten und meist, im Gegensatze zum gewöhnlichen Verlaufe der Manie, schon nach 1—2, höchstens 3 Tagen sich so weit beruhigten, dass sie als geheilt oder auf dem Wege zur Genesung befindlich betrachtet werden konnten, doch werden sie nach Verlauf von höchstens einer Woche wieder unruhig, um, wie das erste Mal, sich von Neuem rasch zu beruhigen. Bemerkenswerth ist, dass die späteren Anfälle quoad Dauer und Stärke schwächer als der ursprüngliche auftraten, und dass die freien Intervallen vollkommen normal waren und keine psychischen Störungen aufwiesen.

Von den derartigen 7 Kranken waren 4 Männer und 3 Weiber und, mit einer Ausnahme (über 30) jünger als 25 Jahre; erbliche Belastung war bei Keinem vorhanden; als nächste Ursache war bei Allen heftige moralische Erschütterung zu constatiren; alle 7 genasen und sind bis jetzt gesund geblieben.

Auf Grundlage der vollkommen gesunden Intervalle und Fehlen bestimmter ätiologischer Momente hält Gr. es für angezeigt, diese Art recurrirender acuter Geistesstörung aus der Kategorie der periodischen oder intermittenden Psychosen auszuscheiden und sie als besondere Form: Paranoia recurrens zu bezeichnen.

Die weitere klinische Beobachtung wird die Haltbarkeit dieser Annahme feststellen oder verwerfen. Hinze.

---

269) **Schmitz** (Bonn): Ueber Geistesstörung nach Influenza.
(Allg. Zeitschrift für Psych., XLVII. Bd., 3. u. 4. Heft.)

Verf. bereichert die Casuistik der Influenza-Psychosen um 8 Fälle, die sämmtlich, wie auch andere vom Verf. beobachtete, hier nicht näher mitgetheilte Fälle die Symptome der Melancholie in ihren verschiedenen Formen boten. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig, therapeutisch sah Verf. Nutzen von roborirender Ernährung, häufiger Verabreichung warmer Bäder und von Anwendung des Chinins.

Was die Entstehung der Influenzapsychosen betrifft, so ist S. zu der Ansicht gelangt, die Influenza als eine epidemische Nervenerkrankung aufzufassen, und geht sogar so weit, diejenigen Fälle, wo nur Bronchialkatarrh oder Schnupfen während der Epidemie bestand, nicht als Influenzaerkrankung zu bezeichnen. „Das Influenzagift inficirte in den meisten Fällen die sensitiven, motorischen und secretorischen Nerven der Reihe nach, in anderen Fällen kam es zu weiter und tiefer greifenden Affectionen des Nervensystems, die Thätigkeit der Ganglienzellen erlahmte, es bildete sich das Bild der Psychose, welches, wie Klebs meint, durch in Folge der Entzündung auftretende circulatorische Störungen noch complicirt und verschlimmert werden konnte.“
Ascher.

---

270) **Mispelbaum** (Bonn): Ueber Psychosen nach Influenza.
(Allg. Zeitschrift für Psych., XLVII. Bd., 1. Heft.)

Zehn selbst beobachtete Fälle, deren Geschichte wiedergegeben wird, liegen der Besprechung zu Grunde. In 3 Fällen handelt es sich um Verschlimmerung

bereits vorhandener geistiger Störungen. Die übrigen 7, bei denen die Influenza den ersten Anfall einer Geistesstörung auslöste, besitzen den Charakter der Melancholie. Das Auftreten der Erkrankung fiel in allen Fällen in die Reconvalescenzperiode nach der Influenza, 4—6, einmal sogar 13 Tage nach der Entfieberung. Stets lagen noch anderweitige Schädigungen, wie erbliche Belastung vor, um das Entstehen der geistigen Störung zu erklären. Die Erscheinungen derselben ähneln am meisten dem Delirium tremens, so dass nach Verf. wohl auch an die Möglichkeit einer toxämischen Einwirkung zu denken wäre. Prophylaktisch räth Verf., sobald sich Zeichen von gestörter Nachtruhe oder Abweichung von dem normalen geistigen Verhalten geltend machen, durch rechtzeitige Anwendung von Analepticis roborirend vorzugehen. Ascher.

---

271) **Dornblüth** (Bunzlau): Klinische Beobachtungen aus der Provinzialirrenanstalt Kreuzburg O.-S.

(Allg. Zeitschrift für Psych., XLVII. Bd., 3. u. 4. Heft.)

36 Krankheitsgeschichten werden ausführlich wiedergegeben. Sie betreffen ebenso viel weibliche Kranke, nach den Krankheitsformen gruppirt je ein Fall von Melancholie, von neurasthenischem Irresein, von Imbecillität und Paranoia, 14 Fälle von acuter Amentia, 8 Fälle von chronischer Paranoia, je 4 Fälle von periodischem Irresein und von progressiver Paralyse, 3 Fälle von epileptischem Irresein.

Es würde zu weit führen, auf die sorgsam beobachteten Fälle näher einzugehen, welche nach mancher Richtung hin des Interessanten genug bieten. Bedauert hat Ref. nur, dass Verf. Seite 366 nicht die Gründe angiebt welche ihn allgemein zur Ablehnung der senilen Demenz als Krankheitsform bewegen. Ascher.

---

272) G. **Zagari** (Neapel): Ueber Veränderungen im Sehhügel bei der progressiven Paralyse. (Neurol. Centrabl. 1891, Nr. IV.)

Z. hat im Mendel'schen Laboratorium 5 Gehirne von Paralytikern auf die Angaben Lissauer's untersucht, dass bei klinischen Heerdsymptomen der Paralyse post mortem sich heerdartige Veränderungen in den Sehhügeln finden. In dem einen Gehirne, wo im Leben kein Anfall beobachtet worden war, waren die Sehhügel intact. In einem anderen Gehirne dagegen, wo im Leben auch kein Anfall beobachtet worden war, sowie in den 3 übrigen, wo im Leben Heerdsymptome bestanden hatten, zeigten die Sehhügel Entartungsstellen (Verdichtungsheerde) von 2 bis 6 mm Durchmesser, welche allmählich in das gesunde Gewebe übergingen. Dieselben standen an Zahl und Ausdehnung in keimem Verhältniss zur Zahl und Schwere der Anfälle.

Z. kommt zum Schluss, dass bei der progressiven Paralyse die Sehhügel zwar oft der Sitz einer eigenthümlichen Veränderung sind, es ist ihm aber nicht möglich, sich hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen solchen und akuten paralytischen Symptomen in so präciser Weise auszusprechen wie Lissauer. Hoppe (Allenberg).

---

273) **J. Salgó**: Ueber die Verlaufsweise der progressiven Paralyse.
(Gyógyóuszat, 1891.)

Verfasser bespricht nach einleitenden Bemerkungen über die Diagnostik der progressiven Paralyse die einzelnen Verlaufsarten dieser Geistesstörung. Er unterscheidet dem Verlauf nach folgende Formen: 1) Die acut ablaufende Paralyse (Paralysie foudroyante), welche er mit gewissen, sehr rasch tödtlich endigenden Fällen von Amentia auf gleiches Niveau stellt. 2) Die depresso-hypochondrische Form, deren Dauer in Betreff der Kürze der acuten Form am nächsten steht und wo dem Eintritt des letalen Endes durch die regelmässig vorhandene Abstinenz in hohem Grade Vorschub geleistet wird. Der depressorisch-hypochondrische Symptomencomplex kann jedoch auch jenen megalomanischer Färbung ein oder mehrere Mal ablösen, wodurch ein Wechsel manischer und depressiver Stadien eintritt, woraus die von Mendel als Paralysis circularis bezeichnete Form resultirt, welche Unterscheidung aber nach dem Verf. weder einen wissenschaftlichen, noch einen praktischen Werth hat. Den längsten und gleichmässigsten Verlauf zeigt jene symptomatische Form der Paralyse, welche mit amönomanischer Verstimmung und Grössenwahn einhergeht. Doch sind darunter auch — je nach der Intensität der Lähmungserscheinungen — mehr weniger kurz verlaufende Fälle. — Die hier am häufigsten auftretenden Remissionen verlängern natürlicherweise die Krankheitsdauer, sind aber nur dann zu erwarten, wenn Silbenstottern und Sprachstörungen überhaupt sich noch nicht zeigten. Das Ende wird hier am häufigsten durch Erschöpfung hervorgerufen, die sich meistens plötzlich eintretenden Tobsuchtsanfällen von protrahirter Dauer anschliesst. Hirnödem, apoplecti- und epileptiforme Anfälle sind auch keine seltenen directen Todesursachen.

Der Uebergang aus der Remission in das erneuerte paralytische Krankheitsbild geschieht nicht selten durch ein wenig auffallendes Zwischenstadium, welches einst als folie raisonnante bezeichnet wurde und die grösste Aehnlichkeit mit dem im Abklingen begriffenen Krankheitsbilde länger dauernder Manie inne hat.

Die allerlängste Verlaufsdauer zeigt nach Verf. jene Form der Paralyse, wo die Verblödung mit den Lähmungserscheinungen parallel vorwärtsschreitet, ohne dass Wahnideen und Exaltationen vorhanden wären. Diese Fälle sind sehr häufig, bleiben aber wegen dem ruhigen, nicht gemeingefährlichen Benehmen solcher Kranken meistens in häuslicher Pflege und unbekannt. Diese Verlaufsweise kann nach der Ansicht des Verf. als die typische angenommen werden, indem der psychische Symptomencomplex mit dem Sectionsbefunde im vollen Einklange steht.

Zum Schluss hebt Verf. die approximative Aehnlichkeit jener chronischen Gehirnprocesse hervor, die aus Heerderkrankungen und allgemeinen constitutionellen Krankheiten resultiren. Hierher gehören nach ihm die senilen Veränderungen des Hirns und dessen Hüllen, die Gehirnblutungen und die localen Erweichungen, schwerere Verletzungen des Schädels und der Hirnsubstanz, der chronische Alkoholismus, pachymeningitische Blutungen und die luetischen Hirnaffectionen. Der Verlauf dieser Symptomengruppen, welche schon früher mit Recht als Pseudoparalysen bezeichnet wurden, weicht vollständig von jenem der progressiven Paralyse ab und sind die pathologischen Vorgänge dem Wesen nach von denen bei Paralyse grundverschieden, daher mit dieser nicht zu verwechseln.

Ostermayer (Budapest).

274) **Serger** (Sachsenberg): Ueber die Wirkung des Hyoscins bei Geisteskranken. (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVII, Heft 3 u. 4.)

Der Werth des Hyoscins sowohl als Schlaf-, wie als Beruhigungsmittel ist sehr gering, so dass Verf. nach seinen Erfahrungen die Ansicht Gnauck's bestätigt fand, wonach das Präparat als für Geisteskranke nicht geeignet zu bezeichnen ist. In seinen Wirkungen unsicher, ist es gefährlich durch seine unangenehmen Nebenwirkungen: Trockenheit im Halse, erschwertes Schlucken, Benommenheit und Hinfälligkeit und vor Allem bedeutende Veränderungen im Circulationsapparat. Ascher.

---

275) **Näcke** (Hubertusburg): Erfahrungen über einige neuere Arzneimittel der Psychiatrie: über Chloralamid, Hyoscin und Amylenhydrat (als Antiepilepticum). (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVII, Heft 1.)

1) Chloralamid erwies sich in Dosen von 1—3,0 g bei chronisch geisteskranken Frauen und Epileptischen als ein sehr gutes und ungefährliches Schlafmittel, das nicht nur bei nervöser Agrypnie, sondern auch bei Erregungen wirkt. Bei Schlaflosigkeit wegen Schmerzen ist es weniger wirksam. Es wirkt langsamer, vielleicht aber ebenso sicher als Chloral und ist jedenfalls ungefährlicher (vergl. die gegentheiligen Resultate Wefers' [siehe folgendes Referat. Ref.]).

2) Hyoscin erwies sich als ein nutzloses Präparat und liess selbst bei Erhöhung der Dosen keinerlei günstigen Einfluss erkennen.

3) Die günstigen Resultate, welche bei der ersten Versuchsreihe mit Amylenhydrat als Antiepilepticum erzielt wurden: Nachlass der Anfälle ohne Erlahmen der Wirkung bei lange dauernder Verabreichung, machte eine zweite Versuchsreihe zu Schanden, worüber in einem kurzen Nachtrag berichtet wird. Es zeigte sich bei 35 epileptischen Männern, welche vorher Bromkali erhalten hatten, Zunahme der Krämpfe und grosse Benommenheit. Ascher.

---

276) **Adler** (Breslau): Ein Fall schwerer Hyoscinvergiftung. (Berl. Kl. Wochenschr. 1891, Nr. 10.)

Die wachsende Anwendung des Hyoscins in der psychiatrischen Praxis rechtfertigt das Referat über folgenden schweren Fall von Hyoscinvergiftung, obgleich dieselbe ganz zufällig erfolgte.

Ein Praktikant des Breslauer chemischen Laboratoriums benutzte zum Wassertrinken ein Becherglas, an dessen Boden ein Satz salzsauren Hyoscins zurückgeblieben war. Schon nach einer Viertelstunde heftiges Schwindelgefühl, allmäliger Verlust des Bewusstseins und $1^1/_4$ Stunde nach der Vergiftung Krämpfe am ganzen Körper. Bei der eine Stunde darauf erfolgenden Aufnahme in die Klinik Coma, krampfhafter Schluss der Kiefer, klonische Zuckungen der Extremitäten und zeitweise des Unterkiefers; Gesichtsfarbe blass und livid; Pupille ad maximum erweitert und starr, Puls 145, klein und weich. Ausgiebige Magenausspülung (im Spülwasser kein Hyoscin), darauf Injection von 0,02 Morphium. Die klonischen Krämpfe hörten auf, dafür tonische Starrheit der Muskulatur bis gegen 5 Uhr Nachmittags. Injection von 0,01 Pilocarpin war um 1 Uhr noch ohne Wirkung, um 3 Uhr danach Feuchtigkeit der Lippen und der Zunge. Während das Coma in

Sopor überging, nahm die Spannung des Pulses zu, die Frequenz auf 104 ab. Um 5 Uhr reagirte Patient auf Fragen. Wegen Jactation leichte Chloroformnarkose, aus welcher Patient um $7^1/_2$ Uhr in einem verwirrten, durch heitere Delirien gekennzeichneten Zustande erwachte, um nach $^1/_4$ Stunde fest einzuschlafen. Am nächsten Morgen freies Sensorium, aber Schwäche-, vermehrtes Durstgefühl, unsicherer Gang und Pupille ad maximum erweitert (mässige Accomodationsparese). Im Urin, der erst am Morgen erfolgte, liess sich Hyoscin deutlich nachweisen. Am Tage darauf Puls noch 80 und weich. Die Mydriasis dauerte noch einige Tage an.

Ref. ist ein Fall aus Allenberg erinnerlich, wo ein Patient Abends aus Versehen das Zehnfache der ihm zugedachten Dosis innerlich erhielt (2 cgm). Die am nächsten Morgen sich zeigenden Vergiftungserscheinungen gingen in einigen Stunden vorüber. Es können also selbst schwere Vergiftungen mit Hyoscin in kurzer Zeit zur Restitution gelangen.

Hoppe (Allenberg).

---

277) **Wefers** (Plagwitz): Ueber Chloralamid.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVII, Heft 1.)

Gegenüber den Vortheilen des Chloralamids, welches keine Verdauungsstörungen hervorruft, keine cumulative Wirkung besitzt, nicht schädlich auf die Herzthätigkeit einwirkt, fallen die Nachtheile bei Beurtheilung des Mittels schwer ins Gewicht. Das Chloralamid ist schwer löslich und sehr bitteren Geschmacks, ist unzuverlässig in seiner Wirkung und lässt bei Dosen von 4,0 g sehr oft im Stich. Tritt eine Wirkung ein, so ist sie im Verhältniss zu andern Mitteln gering und kurz dauernd. Dazu kommen noch die unangenehmen Nebenwirkungen, als welche unsicherer taumelnder Gang, Schwindelgefühl, Gefühl von Uebelkeit und Kopfschmerzen angegeben werden. Controlversuche zeigten, dass Chloralamid dem Chloralhydrat, Morphium, Hyoscin, Paraldehyd und Sulfonal an Wirkung nachsteht, so dass die Anwendung des Chloralamids nur räthlich erscheint, wo diese bewährteren Mittel versagen.

Ascher.

---

278) **Vorster** (Königslutter): Die methodische Sulfonalbehandlung bei Geisteskranken. (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVII, Heft 1.)

Den wesentlichen Werth des Medicaments fand Verf. nicht in seiner ein- oder mehrmaligen hypnotischen Wirkung, vielmehr wurde als der Hauptvorzug bei methodischer Darreichung die beruhigende Wirkung für die Nacht und den Tag angesehen. Es setzt an Stelle der motorischen Ueberproduction motorische Ruhe. Dieser Effect wurde bei den Erregungszuständen im Verlauf des secundären, acuten und chronischen Wahnsinns, der acuten, periodischen und chronischen Manie, der Dementia senilis, der progressiven Paralyse, der Idiotie und der Epilepsie erreicht. Hier wurden Bewegungs- und Sprechdrang, sowie Neigung zu Gewaltthätigkeit günstig beeinflusst; bei periodischer Erregung wurden durch fortgesetzte Gaben von Sulfonal die Erregungszeiten abgekürzt und gemildert. Von wesentlichem Werthe erwies sich die methodische Sulfonalbehandlung bei acuter Melancholie und Manie. Indem das Sulfonal für Reizzustände im psychomotorischen, sowie im psychisch-sensiblen Gebiete Ruhe schafft, — so erklärt Verf. den thera-

peutischen Erfolg — können sich die hyperästhetischen Gehirnzustände, denen die Umgebung stets neue Reize bietet, möglichst ungestört erholen, und es entstehen so auch möglichst günstige Restitutionsbedingungen. — Auch bei Epilepsie wurde Sulfonal mit Erfolg in Anwendung gebracht, und es liess sich, wenn auch keine Heilung, so doch ein Nachlass in der Zahl der Anfälle constatiren. Von den unangenehmen Nebenwirkungen führt Verf. die motorisch-depressiven und sensorisch-depressiven Vergiftungserscheinungen an, ferner Schwächung des Kreislaufs, Störungen von Seiten des Magendarmkanals, zweimal Hautexanthem. Bei Herzfehlern wurde Sulfonal nicht angewendet. Was die Dosirung betrifft, so wurde das Medicament in Dosen von 0,5—1,0 g verabreicht, dabei war die Tagesdosis gewöhnlich 2 g, selten 3 g und wurde nur in Fällen hochgradiger Erregung auf 4 gr gesteigert. Unangenehme Entziehungserscheinungen traten auch nach mehrmonatlichem Gebrauch nicht ein. — Durch eine Reihe kurz gehaltener Krankheitsgeschichten werden die lesenswerthen Mittheilungen belebt.

Ascher.

---

279) **N. Ostermayer** (Budapest): Ueber die sedative und hypnotische Wirkung des Atropin und Duboisin.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVII, Heft 3 u. 4.)

Atropin hat, bei Geisteskranken in Einzeldosen von 1—2 mg subcutan angewendet, nach den Erfahrungen des Verf. (die im Original tabellarisch vorgeführt werden) eine sedative und indirect eine hypnotische Wirkung. Bezüglich Sicherheit und Intensität dem Hyoscin nachstehend, verursacht es keinen Verfall der Kräfte, wie dieses. Angewöhnung und entsprechend verminderte Wirkung ist zu beobachten, unangenehme Nebenerscheinungen (Diarrhöe und Erbrechen) wurden nur bei zwei Injectionen (unter 45) gesehen. Oefters Wirkung beobachtet, wo Hyoscin und Morphin vorher erfolglos waren.

Duboisin. sulfuric. übertrifft bei psychischen Aufregungszuständen nach den Beobachtungen des Verf. in Promptheit und Sicherheit der Wirkung das Atropin und steht dem Hyoscin in keiner Weise nach. O. injicirte subcutan bei hochgradiger Aufregung 2—3 mg, bei Agrypnie ohne motorische Unruhe 1—1,5 mg. Zu berücksichtigen die Empfindlichkeit mancher Personen gegen Duboisin, bei denen schon $^1/_2$—1 mg dieselbe Wirkung erzielen, wie sonst 3 mg. Keine Intoxicationserscheinungen und üble Nachwirkungen, bei längerem Gebrauch Abnahme der Wirksamkeit. Gegenüber der Betäubung, dem Schwindel, der Benommenheit und Muskelschwäche, welche bei Hyoscinanwendung dem eintretenden Schlaf vorangehen, waren beim Duboisin diese Erscheinungen nie hochgradig. „Es war mehr Ermüdung, Mattigkeit, Schlaflosigkeit, welche den Schlaf einleiteten.“ Verf., der die Anwendung des Hyoscins bei gleichzeitigen Herz- und Gefässerkrankungen auch für nicht ungefährlich hält, empfiehlt daher das zudem billigere Duboisin. sulfuric. als Ersatzmittel zu weiteren Versuchen. Mercklin.

---

280) The Therapeutic Gazette, 15. Nov. 1890, Leitartikel „über die alten und neuen Schlafmittel“.

Als ältestes und heute noch als universalstes (?) Schlafmittel wird in der übersichtlichen, aber das ganze Heer der Schlafmittel nicht vollständig er-

wähnenden Darstellung das Opium angeführt, das bei der durch Schmerz hervorgerufenen Schlaflosigkeit am besten wirke, insofern es die „corticalen Zellen“ lähme. Aehnlich, aber weit schwächer sei die schlafmachende Wirkung der acuten Narcotica, wie Belladonna, Hyoscyamus, Cannab. indic., Stramonium; nur Lactucarium und Hopfen wirkten mehr im Sinne von Chloral und Paraldehyd. — Alkohol wird als Schlafmittel (namentlich in Form von Whiskey in heissem Weine) erschöpften, reizbaren, nervösen Kranken empfohlen; leider macht es nur kurzen, wenig erquickenden Schlaf. — Pfeffermünze, Kampher, Ingwer in heissem Wasser, auch heisses Wasser allein kann gegen Schlaflosigkeit der an dyspeptischen Zuständen Leidenden helfen (in welchen Fällen auch Natr. bicarb., Karlsbader Salz u. s. w. ähnlich wirkt). — Bromkali ist das beste Hypnoticum in Fällen gesteigerter cerebraler oder spinaler Reizbarkeit; nur bei schwachen, heruntergekommenen und herzkranken Leuten ist es mit Vorsicht anzuwenden. — Chloralhydrat macht schnell und sicher andauernden und erquickenden Schlaf, ohne vorher aufzuregen, stört die secretorischen und excretorischen Functionen in keiner Weise, beruhigt in allen Fällen von spinaler Ueberreizung, von Delirium tremens, acuter Manie, Chorea, Tetanus etc., wirkt jedoch deprimirend auf die Herzthätigkeit und, falls es lange gebraucht wird, schädigend auf das Gehirn (Geistesschwäche in Folge von Anämie etc.). — Sulfonal macht gleichfalls guten Schlaf, namentlich in Fällen von Neurasthenie, geistiger Depression, Ueberarbeitung; leider wirkt es weder analgetisch, noch antispasmodisch, noch die Reflexerregbarkeit herabsetzend, auch macht es hier und da Ekel, Schwindel, Schwanken etc. — Paraldehyd, wie die beiden vorigen, ein reines Hypnoticum, wirkt antispasmodisch und, freilich in geringem Grade, analgetisch, wie Chloral, scheint in Fällen von Geisteskrankheit, sowie von Schlaflosigkeit durch Nervosität und Alkoholmissbrauch besser als Chloral, in Fällen von Schlaflosigkeit durch Husten, Schmerz, Dyspnöe, Diabetes besser als Sulfonal zu wirken, ist kein Herzgift, beruhigt reizbare, namentlich hysterische Kranke, macht aber nicht selten Ekel. — Urethan scheint nur da, wo es sich um Schlaflosigkeit nach geistiger oder körperlicher Ueberanstrengung handelt, einigermassen wirksam zu sein. — Somnal besitzt die Eigenschaften des Chloral ohne dessen Nachtheile. — Amylenhydrat wirkt gut, wenn die Schlaflosigkeit von Nervosität, Anämie, Geisteskrankheit, Herzkrankheit, Morphinism, geistiger Ueberanstrengung herrührt, wirkt dagegen nicht bei Schlaflosigkeit durch Schmerz, Husten, Dyspnoe. — Chloralamid ist gleichfalls ein reines Hypnoticum, das weniger wirksam als Chloral ist, dagegen das Herz nicht schwächt; es empfiehlt sich bei reiner nervöser Schlaflosigkeit, Geisteskrankheit (da es nicht erregt), Delirium tremens, cardialem Asthma. Voigt (Oeynhausen).

---

281) Aus dem 2. Jahresberichte der „New York State Commission in Lunacy“ ist Folgendes hervorzuheben:

Am 1. October 1890 befanden sich in den 30 öffentlichen und privaten Irrenanstalten des Staates New York 16002 Kranke, zu deren Pflege u. s. w. 2707 Personen nothwendig waren. Da es an einer Centralstelle fehlt, zu der alle diese Anstalten in einem bestimmten Abhängigkeitsverhältnisse stehen, so macht die Commission verschiedene darauf bezügliche Vorschläge; vor der Hand hat sie schon eine allgemein zu befolgende Vorschrift für

Buchführung, Registrirung, Krankengeschichtsabfassung u. s. w. gegeben, so dass die nächsten statistischen Notizen grossen Werth haben werden. Ferner schlägt die Commission die Gründung einer reich ausgestatteten pathologischen Abtheilung mit dem Sitze an einem Staatskrankenhause vor, damit das so grosse Material der Irrenhäuser nicht wie bisher unbenutzt verloren gehe. Endlich hebt sie hervor, dass Dank der grösseren Intelligenz, Geschicklichkeit und Humanität, mit der jetzt die Geisteskranken behandelt würden, die Zahl derselben sich mehr und mehr zu vermindern scheine.

Voigt (Oeynhausen).

---

282) **Ralph L. Parsons**: „Should voluntary patients be received in hospitals for the insane?“ (Sollen Irrenanstalten auch freiwillig sich stellende Kranke aufnehmen dürfen?)

(The Medic. Rec. 21. März 91, auch The Journ. of Nervous and Ment. Dis. Febr. 91.)

P. bejaht diese Frage, da die um Aufnahme Bittenden entweder Opfer irgend einer übeln Angewohnheit (Alcoholismus etc.) seien oder schon im Beginne einer Geisteskrankheit ständen, so dass gerade die sachverständige Anstalts-Behandlung für sie am allernothwendigsten sei. In der That bestehe in dem Staate Massachusetts schon seit 1880 das Gesetz, dass derartige freiwillige Patienten in den Irrenanstalten Aufnahme und Behandlung erfahren müssen; die guten Erfolge für die betreffenden Kranken sowohl, als für die Anstalt selbst, seien unleugbar. Voigt (Oeynhausen).

---

283) Irrenwesen in Australien. — Wir entnehmen einem Briefe aus Neu-Süd-Wales in dem „American Journal of Iusanity“ folgende Angaben. Die älteste der Colonien ist 1788 gegründet, die übrigen in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts; die im Lande geborenen Einwohner europäischer Abkunft zeigen sich in viel geringerem Maasse als die Eingewanderten zu Geistesstörung disponirt. Von den 3,100,000 Einwohnern aller Colonien sind 8900 in Anstalten untergebracht, die Rate der Geisteskranken schwankt zwischen 2,37 und 3,24 p. 1000. Auf 93 eingewanderte Irländer kam ein Geisteskranker, während auf 135 Engländer und 529 Eingeborene weisser Rasse erst ein Irrer kam. Im Ganzen bestehen in den Colonien zusammengenommen 22 Anstalten, von denen drei an tausend Patienten beherbergen, während drei andere nur für ihr irre Verbrecher bestimmt; davon hat die eine, Ararat in Victoria, 600 Plätze. Kurella.

---

284) Dr. **Rud. von Hösslin**: IV. ärztl. Bericht der Kuranstalt Neuwittelsbach 1889. München bei Lehmann, 1890.

Unter den Krankheiten des Nervensystems berichtet Verf. über zwei Fälle schwerer Gehirnsyphilis mit Genesung, über sexuelle Neurasthenien, ferner über eine chronische Myelitis nach Gelenkrheumatismus mit Lähmung der sensitiven und motorischen Nerven, Reflexsteigerung, Ausgang in Genesung. Ausführlich besprochen wird ein Fall von Stauung in den Frontalvenen bei Hirntumor, worüber Veröffentlichung in der Münch. med. Wochenschrift. Ofterdinger (Rellingen).

---

285) Die Erziehungs- und Pflege-Anstalt für geistesschwache Kinder zu Langenhagen 1889.

Es sind verpflegt 508, aufgenommen 73, entlassen 28, gestorben 21; Bestand Ende 1889: 459 Kinder. Von den zahlreichen ausführlichen Tabellen sind die über Heredität und Anamnese, Seite 5, von Interesse: Erblich belastet sind 65,8 Procent, ohne Erblichkeit oder sonstige anamnestische Momente nur 6,8 Procent der Aufgenommenen.

Ofterdinger (Rellingen).

---

286) **Richard Justrosinsky**: Influenza-Psychosen. Inaug.-Dissert. der Universität Strassburg, 1890.

Verf. weist auf das seltene Vorkommen von Psychosen bei den früheren Influenza-Epidemien hin. Aus 104 Fällen, wovon 20 aus der Strassburger Klinik mitgetheilt, die übrigen aus der Literatur zusammengestellt sind, schliesst Verf. 1) dass die Influenza nur bei disponirten Individuen Geisteskrankheit erzeugt, 2) dass letztere besonders häufig in der Reconvalescenz ausbricht, 3) dass die melancholisch-hypochondrischen Erkrankungen vorherrschen, 4) dass die Geschlechter gleichmässig erkranken und 5) dass bei bereits Geisteskranken durch die Influenza fast ausschliesslich eine Verschlimmerung hervorgerufen wird. Ofterdinger (Rellingen).

---

287) **Christian Ufer**: Geistesstörung in der Schule. Ein Vortrag nebst 13 Krankenbildern. Wiesbaden bei Bergmann, 1801. 50 S.

Verf., ein Lehrer, gibt einen Ueberblick über Geschichte und Grundzüge der Psychiatrie und richtet an seine Fachgenossen die dringende Mahnung, sich mit letzterer bekannt zu machen, damit Geistesstörungen, die häufig bei Schulkindern für schlechtes Betragen gehalten werden, frühzeitig als solche erkannt würden. Den Lehrern soll Gelegenheit zu psychiatrischen Studien im Anschluss an Psychologie geboten werden. Am Schluss werden 13 Krankengeschichten, darunter einige von Güntz und Lähr mitgetheilt.

Ofterdinger (Rellingen).

---

288) **J. L. A. Koch** (Zwiefalten): Spezielle Diagnostik der Psychosen. Kurz dargestellt. Ravensburg, Otto Maier. Kl. 8°. 96 S.

Der durch sein didaktisches Talent ausgezeichnete Verfasser hat es ausgezeichnet verstanden, kurz und klar, dem heutigen Standpunkt der Forschung entsprechend, und doch unter gerechtfertigter Wahrung seiner individuellen Anschauungen, eine psychiatrische Diagnostik zu geben. Die knappe Fassung zwang zu einer synthetischen Darstellung; vielleicht hat der analytische Vortrag der Diagnostik — der meines Wissens nur einmal, in dem ausgezeichneten, leider fast vergessenen Werke von Spielmann versucht worden ist — seine didaktischen Vorzüge; er würde aber Breite und Gemächlichkeit verlangen, und gerade in der prägnanten, dogmatische Form verlangenden Darstellung liegt der Werth des vorliegenden Buchs. Den Prüfstein einer solchen Leistung wird immer die Classification bilden, und die ist im vorliegenden Fall eine eminent praktische; der Reihe nach werden: I. Länger dauernde Psychosen, II. Transitorische Psychosen und psychotische Zustände unterschieden. No. I zerfällt in A. Idiotie, B. Irrsinn; letztere

Unterabtheilung wieder in: a. Idiopathische Psychosen, b. Constitutionelle Psychosen, c. Organische Psychosen. Die differential-diagnostische Schärfe K.'s zeigt sich ganz besonders in der Zeichnung der Formen 5—9 der Abtheilung I. B. b. (Wahnsinn — Primärer constitutioneller Blödsinn — Moralisches Irresein — Impulsives Irresein — Unbestimmt constitutionelles Irresein. Der gelungenste Theil des kleinen Werkes scheint dem Ref. in der Behandlung der relativ den meisten Raum einnehmenden transitorischen Zustände gegeben zu sein.

Ein ausführliches alphabetisches Register erhöht die praktische Brauchbarkeit des auch durch seine gefällige äussere Form ansprechenden Buchs.

Kurella.

---

289) **Gradenigo**: La conformazione del Padiglione dell orecchio nei normali negli alienati e nei delinquenti. (Die Bildung der Ohrmuschel beim normalen Menschen, bei Irren und Verbrechern.)

(Arch. d. Psich. e d. sc. pen. XI 3 u. 4.)

Der Autor theilt die Resultate von Untersuchungen mit, die er an 230 normalen Männern, 230 normalen Frauen, 402 männlichen, 350 weiblichen Irren aus den Anstalten von Turin und Collegno, 222 Verbrechern aus der Strafanstalt von Fossano und schliesslich an 17 männlichen und 22 weiblichen Cretins aus dem Asyl zu Aosta angestellt hat.

Verf. betrachtete folgende Anomalien:

Ohrmuschel segelförmig, Ohrläppchen einfach angewachsen; Ohrläppchen angewachsen und verlängert, Fossa conchae in das Ohrläppchen verlängert, Fossa conchae unterbrochen, Henkelohren, Macacus-Ohren, hervorstehender Anthelix, Helix in Bandform, fehlender Helix, Darwin'sches Knötchen, schwach entwickelter Crus superius der Anthelix.

Aus den hierbei erhaltnen Ziffern geht hervor, dass Anomalien der Ohrmuschel sehr viel häufiger bei Verbrechern und Geisteskranken zu finden sind als bei normalen Individuen. Was die Irren betrifft, so findet man bei ihnen spitzwinklig, die Wange entlang, verlängerte Ohrläppchen doppelt so oft als bei normalen Menschen. Henkelohren sind bei den Irren ganz besonders häufig. Bei geisteskranken Frauen findet man besonders oft angewachsene Ohrläppchen und zwar hauptsächlich solche, die der Wange entlang laufen, ferner Ohren mit hervorstehendem Anthelix. Henkelohren sind dagegen bei irren wie bei normalen Frauen selten, im Gegensatz zu den Männern, wo sie, wie schon erwähnt, häufig vorkommen.

Bei Verbrechern sind die Anomalien der Ohrmuschel sehr zahlreich; manche findet man sogar häufiger als bei Irren (Missbildungen des Helix und des Anthelix). In der That stellt sich der Procentsatz regelmässiger Ohrbildungen bei normalen Individuen auf 56 Procent, bei Irren auf 36 Procent und bei Verbrechern auf 28 Procent. Sehr zahlreich und sehr ausgeprägt sind bei Verbrechern die Henkelohren (25 Procent). — Von den 17 untersuchten männlichen Cretins hatten 6 Henkelohren und 4 hervorstehenden Helix. Von 22 weiblichen Cretins hatte keine Henkelohren. Bemerkenswerth ist auch die Thatsache, dass man bei Cretins sehr häufig die an der Wange angewachsenen Ohrläppchen findet. — Der Autor kommt zu dem Schluss, dass Bildungsanomalien der Ohrmuschel sich bei Irren und Verbrechern viel häufiger finden, als bei normalen Menschen, und dass man bei

letzteren die weniger bedeutenden, nebensächlicheren, bei den beiden erstgenannten Kategorien dagegen die schwerwiegenden, ernsteren Anomalien beobachtet. Ottolenghi (Turin).

290) **A. Zerbaglio**: Per una statistica dei duelli. (Zur Statistik der Duelle.)
(Arch. d. Psich. e d. science penali etc. XI 3—6.)

Aus einer Statistik der Duelle für die Jahre 1880—1889, veröffentlicht durch die direzione Italiana della statistica von 1890, geht hervor, dass die Zahl der Duelle in diesen 10 Jahren im Ganzen 2789 beträgt, also durchschnittlich 275 im Jahr, mit einem Minimum von 249 (es kommt hierbei nur die Periode von 1880—1888 in Betracht, über die genaue Angaben vorliegen) und einem Maximum von 282 Duellen.

Von 3565 dabei vorgekommenen Verwundungen waren 1141 ganz leicht, 1400 weniger leicht, 1000 schwer und 50 tödtlich.

Was die Ursachen der Duelle anbetrifft, so waren vorwiegend: journalistische Streitigkeiten mit 974 Fällen, Streitigkeiten in Folge von Beleidigungen mit 730 Fällen und politische Händel mit 348 Fällen. Untersuchungen über die Beziehungen zwischen der Jahreszeit und den Duellen ergaben die Thatsache, dass die Duelle im Juni sich zu vermehren anfangen, im Juli ihren Höhepunkt erreichen, im August abnehmen und im October am seltensten sind.

Von 938 im Jahre 1888 an Duellen betheiligten Personen waren 165 Militärs, 156 Literaten, 64 Advocaten, 13 Ingenieure, 14 Gelehrte und Naturforscher, 6 richterliche Beamte, 8 Fechtmeister, 23 Studenten, 14 Deputirte, 3 Banquiers, 2 Schauspieler, 1 Sänger und 40 Minderjährige; für die übrigen 29 ist Stand und Beruf unbekannt. Ottolenghi (Turin).

291) **S. Vanotti**: Matematici e rei contro la persona. (Zur Kenntniss der Verbrecher gegen die Person.)
(Archiv. di Psichiatria, Sc. penali etc. XI. 3—6. 1890.)

Der Verf., der 17 Jahre lang Inspector des Gefängnisses von Capodistria gewesen, hat während der Zeit die Beobachtung gemacht, dass diejenigen Gefangenen, die sich für Mathematik absolut unbegabt erweisen, fast alle Vergehen gegen die Person oder Sittlichkeitsverbrechen begangen haben. Die Diebe dagegen sind geschickte Rechner, lernen leicht und führen die ihnen aufgegebenen Exempel mit Sicherheit aus. Ebenso machen sie stilistische Aufgaben (Nacherzählungen und Briefe) ganz gut, nur sind diese etwas unzusammenhängend. Sie lernen leicht und gern Gedichte, die sie mit Gefühl recitiren, was man von den, wegen Verbrechen gegen die Person Verurtheilten nicht sagen kann. Ottolenghi (Turin).

292) **Näcke** (Hubertusburg): Die Doppelmörderin K. B.
(Allg. Ztschrft. f. Psych. XLVII. Bd., 3. u. 4. Heft.)

Verf. beleuchtet forensisch-psychiatrisch die jugendliche Verbrecherin und constatirt in dem Verhalten derselben eine grosse Aehnlichkeit mit dem Bilde vom „geborenen Verbrecher“, wie es Lombroso geschildert hat.

Ascher.

293) C. **Lombroso**. Palimsesti del Carcere (Epigraphik der Sträflinge). Torino. Fratelli Bocca, 1891. 328 p. gr. 8°. 8 Tafeln.

„Raccolta unicamente destinata agli nomini di scienzo" — „Ausschliesslich für Forscher bestimmte Sammlung" — lautet ein Zusatz auf dem Titelblatt des vorliegenden Buchs. Motivirt ist dieser Zusatz durchaus, denn Text und Tafeln wimmeln von Obscönitäten und Schilderungen sexueller Perversität, die, so abstossend sie auch sind, werthvoll sind als Beiträge zur näheren Kenntniss der Verbrecher-Psyche. Das Buch ist wesentlich eine Materialiensammlung, und enthält In- und Aufschriften von Wänden, Möbeln, Geräthen, tättowirten Körpertheilen, von den Buchrändern der erbaulichen Bücher der Strafanstaltsbibliothek, kurz alles, was Insassen italienischer und einiger französischer Strafanstalten an Stimmungs- und Gedankenäusserungen hinterlassen haben, darunter der Inhalt zahlreicher „Kassiber". Selbstverständlich sind nur solche Dinge gesammelt, die die Verfasser zum eigenen Gebrauch und zu dem der Genossen aufgezeichnet haben, und es ist sehr interessant zu sehen, wie die Verbrecher sich geben, wenn sie unter sich sind. Der hauptsächlichste Werth des Buchs liegt in den Einzelheiten [1]), die der Verfasser nach gewissen Gesichtspunkten — wie Freundschaft, Rechtspflege, Gefangenschaft, Verbrechen, Leidenschaften, Ethik, Religion, Literatur, Politik, Lyrik u. s. w. — zusammengestellt hat. Dazu kommt auf 100 Seiten eine Sammlung von 8 Autobiographien, die zum Vergleich mit den von Sander und Richter aus Dalldorf mitgetheilten Selbstschilderungen anregen. Auf weiteren 70 Seiten giebt L. eine Analyse und vergleichende Discussion dieses reichen und einzig dastehenden Materials nach bestimmten Gesichtspunkten, und schliesslich eine Synthese der Ergebnisse in einer meisterhaften Schilderung des Verbrecher-Charakters, in der das von ihm im „Uonio delinquente" gegebene Bild weiter ausgeführt wird, ohne eine wesentliche Abänderung zu erfahren. Niemand, der Verbrecher irgend einer Kategorie zu beobachten oder zu beurtheilen hat, wird diese reiche Semiotik des Verbrecherthums ignoriren dürfen; wenige Leser werden sich auch den Schlussfolgerungen entziehen können, die eine von diesen Thatsachen ausgehende Kritik des heutigen Strafvollzugs zum Schluss des Buchs ergiebt. Kurella.

---

294) **J. W. Hume Williams**: On Unsoundness of Mind in its Legal and Medical considerations. London 1890, W. Clowes & Sons. 256 pp. (Ueber Geistesstörung in ihrer forensischen und medicinischen Bedeutung.)

Dies Buch besteht aus zwei Preisschriften, die wohl nicht ganz neuen Datums sein dürften, da der Verfasser Fälle anführt und Autoritäten citirt, die etwas veraltet sind. Der Verf. hofft, dass sein Buch in juristischen wie in medicinischen Kreisen Anklang finden wird, indem er allgemeine Principien zur Beurtheilung zweifelhafter Fälle aufstellt, deren Anwendung denjenigen überlassen bleibt, die die unmittelbare Verantwortung tragen. Aber in der Anwendung liegt eben die Schwierigkeit, denn mag man ein noch so schönes System aufstellen, die einzelnen Fälle werden es immer wieder un-

---

[1]) Beim Abschluss des Manuscripts dieser Nummer geht uns ein Referat von Ottolenghi über eine dasselbe Thema behandelnde Arbeit Lombroso's im Archiv di Psichiatria ed Antropologia criminale zu, das zahlenmässige Daten über die Palimpsesti bringen, und im Juni-Heft erscheinen wird. 25. April. Red.

anwendbar machen. Der Jurist begnügt sich zu fragen, ob die Person zurechnungsfähig ist, oder nicht; der Mediciner wird die Frage aufwerfen, ob sie krank oder gesund ist. Weder der eine noch der andre urtheilt nach feststehenden Grundsätzen.

Die Medicin und die Pathologie sind in stetem Fortschritt begriffen, verändern ihren Standpunkt fortwährend, und auch die Jurisprudenz muss, wenn auch widerwillig, manchmal den Curs verändern. Lord Campbell sagte bei einer Gelegenheit im Oberhause, er habe alle, seit dem Arnold'schen Process, 1723, vorgekommenen Fälle durchgesehen, und in den Fällen: Lord Jerrers, Bellingham, Oxford, Francis und Mc. Naughten die Ansichten der Richter mit einander verglichen, und er müsse sagen, dass er in der Auslegung des Gesetzes, sowohl nach der formellen, als nach der wesentlichen Seite hin, die weitesten Differenzen gefunden habe. Der Verf. beginnt mit einigen allgemeinen Betrachtungen über die ethische, medicinische und juristische Seite der Geistesstörung. Der zweite Essay handelt von der Monomanie; Verf. illustrirt denselben durch Erörterung der Spiritisten und der von Prince, dem Erfinder der „Agapemone" betrogenen Frauen, und interessante Bemerkungen über Hexenglauben. Ein dritter Essay hat die Moral Insanity zum Gegenstande. W. ist der Ansicht, dass dieser sog. Krankheitsform immer ein krankhafter Zustand der Intelligenz zu Grunde liegt, wenn dies auch nicht auf den ersten Blick zu übersehen ist. Er giebt eine kurze Uebersicht über den Fall Wyndham, 1862, der ein Licht auf die Betonung der individuellen Freiheit durch die englischen Juristen wirft. Es handelte sich damals um einen Antrag des General Wyndham, seinem Neffen, William Frederick Wyndham, das Recht der Bewirthschaftung seines Vermögens zu entziehen. Dieser junge Mensch war schwachsinnig, jedem Betruge zugänglich, und verschwendete sein Vermögen in gemeinen Ausschweifungen; er hatte ein verkommenes Geschöpf geheirathet und grosse Geldsummen für sie gesichert.

Die Untersuchung dauerte 33 Tage und endigte damit, dass, trotz des Einspruchs der Aerzte, dem jungen Verschwender die Verwaltung seines Vermögens fernerhin in Händen gelassen wurde, nach dem Princip: sic utere tuo ut aliena non loedas. Innerhalb eines Jahres nach dem Verdict starb Wyndham im Armenhause, nachdem er sein Vermögen (140 000 £) bis auf den letzten Groschen durchgebracht.

Der vierte Essay handelt von impulsiver Geistesstörung, deren Existenz der Verf. unter gewissem Vorbehalt zugiebt. W. lobt die Rechtsbestimmungen Englands, welche das Urtheil über Geistesstörung und criminelle Verantwortlichkeit dem Richterspruch einer unparteiischen, durch richterliche Erfahrungen geleiteten Jury unterstellt, dagegen findet er es tadelnswerth, dass bei den Processen zur Unterstützung der einen oder andern Partei Mediciner zugezogen werden; da diese letzteren immer bestrebt sein werden, einerseits ihrer Partei das Wort zu reden und andrerseits ihre eigne Wichtigkeit in's rechte Licht zu stellen, so sind sie in Gefahr, sich in einander widersprechende medicinische Advocaten zu verwandeln, was der medicinischen Wissenschaft durchaus nicht zum Vortheil gereicht. W. hat in seinem Buche gezeigt, dass die Juristen gern bereit sind, vom Arzte zu lernen, und wenn wir auch nicht mit all' seinen Ansichten übereinstimmen, so müssen wir doch zugestehen, dass sein Werk von Aufrichtigkeit, Scharfsinn und Wissen Zeugniss ablegt. William W. Ireland (Preston Lodge).

295) **C. Lombroso e R. Laschi**: Il delitto politico e le rivoluzioni in rapporto al diritto, all' antropologia criminale ed alla scienza di governo. Con 10 Tavole e 21 Figure. Torino, Fratello Bocca 1890. 550 p. gr. 8°. (Das politische Verbrechen und die Revolutionen.)

Schon Lombroso's grundlegendes Werk über den geborenen Verbrecher, und weiterhin zahlreiche (zumeist in dieser Zeitschrift referirte) Einzel-Aufsätze dieses Forschers in seinem Archiv deuteten darauf hin, dass er auch die Thätigkeit des Verbrechers auf politischem Gebiete, und den Antheil, den damit das Verbrechen an der politischen und culturellen Entwicklung hat, in den Kreis seiner Untersuchung zu ziehen im Begriff war.

Das Resultat dieser Untersuchungen liegt nun in einem stattlichen Bande vor, und zahlreiche Tabellen, Curventafeln und Abbildungen deuten schon beim ersten Blick auf das riesige Material hin, das L. für diese Untersuchungen angehäuft und mit den verschiedensten Methoden analysirt hat.

Wir müssen der Versuchung widerstehen, den Inhalt des ganzen Werks hier darzustellen, oder gar die einzelnen darin aufgestellten Theorien und die geistreiche Synthese dieser Theorien zu einer grossartigen Hypothese über den Entwicklungsgang der ganzen Menschheit einer Kritik zu unterwerfen. Das kann hier umsoweniger geschehen, als Lombroso sich sowohl bezüglich der Thatsachen, die er behauptet, wie der Folgerungen, die er zieht, mit dem Historiker, dem Juristen, dem Nationalökonomen und dem Politiker wird auseinandersetzen müssen. Das Buch zerfällt übrigens auch äusserlich in zwei Theile, einem grösseren anthropologischen und einem kleineren juristischen, von denen dieser im Wesentlichen aus der Feder des Mitverfassers, des Advocaten R. Laschi, stammt. Immerhin bleibt noch recht viel übrig, was den Leser dieser Zeitschrift[1]) interessiren wird, nicht nur insoweit diese der Degenerations-Anthropologie dient, sondern auch innerhalb des rein psychiatrischen Gebiets.

So originell und frisch auch die Auffassung Lombroso's ist, erinnert seine Methode doch in vielen Punkten an eine Reihe moderner Forscher, die, physiologisch gebildet, eine positivistische Auffassung der historischen Entwicklung versucht haben. Mit Darwin, Herbert Spencer, Buckle, Taine theilt Lombroso die Ueberzeugung, dass die Gesetze der organischen Entwicklung auch die der Culturentwicklung sind, dass bestimmte rein biologische Factoren das Werden von Staat, Gesetz, Sitte, Geistesstörungen beherrschen. Wenn Lombroso an Taine erinnert in der Schärfe, mit der er die Rolle der geistigen Epidemien in revolutionären Bewegungen, die Thätigkeit degenerirter Agitatoren, paranoischer Hetzer, ekstatischer Hallucinanten auf der Parlamentstribüne, auf der Barrikade und im anarchistischen Club schildert, wenn er an Buckle erinnert in dem Nachweis, wie revolutionäre Unruhe, wie das Auftreten genialer und paranoischer Rebellen von stets denselben geologischen, klimatischen und ethnologischen Factoren bedingt ist, so kann man seine weltumspannende, tiefeindringende Analyse der ganzen menschlichen Entwicklung nur mit der Methode vergleichen, die Spencer und Darwin zu ihren, einst viel angefochtenen und nun wohl zum gesicherten Besitzstand unseres Erkennens zählenden Theorien führte.

---

[1]) Eine deutsche Ausgabe des Buchs (bei J. F. Richter in Hamburg) ist unter der Presse, ebenso eine französische (bei F. Alcan in Paris).

Es war nicht im Sinn zünftiger Gelehrsamkeit, wenn der englische Biologe von der Beschreibung der Cirripedien und der Ausmessung der Korallenriffe zur Descendenztheorie vordrang, und bekanntlich ist es vor fünfzig Jahren auch einem deutschen Arzte schlecht bekommen, von der Fieberbeschreibung zur mechanischen Theorie der Wärme aufzusteigen. Und so liegt es denn auch heute nicht im Sinne der zünftigen Gelehrsamkeit, wenn Lombroso, anstatt Schnitte zu färben und Anstaltsinsassen zu beobachten, Psychiatrie in der Geschichte der Menschheit treibt, wo Degeneration und Mattoïdismus freilich andere Erscheinungen hervorgerufen haben, als sie innerhalb der Anstaltsmauern zur klinischen Beobachtung kommen.

Lombroso selbst weist übrigens in seinem Buche eingehend darauf hin, dass neue Ideen gar nicht aufgenommen werden können, wenn sie nicht immer von Neuem geäussert, verketzert, unterdrückt und doch stets von Neuem ausgesprochen worden sind. „Auch geniale Forscher“ — sagt Lombroso[1]) — „gehören zu den erbitterten Gegnern des Neuen, und entwickeln eine ungeheuere Energie zur Widerlegung neuer Entdeckungen, sei es, weil der Saturationszustand ihres Gehirns demselben keine Suprasaturation gestattet, sei es, weil sie eine specifische Sensibilität für ihre eigenen Ideen besitzen, die sie für die anderer unempfindlich macht.“

Für diejenigen Psychiater, die in der anthropologischen Richtung Lombroso's nur eine „Verirrung“ oder — mit Binswanger — einen Rückschritt in der Methode sehen, wird das vorliegende Buch immerhin eine Fundgrube werthvoller und sonst kaum erreichbarer klinischer Thatsachen sein. In dieser Beziehung sind ganz besonders die Capitel VII bis XI bemerkenswerth, in denen auf 140 Seiten die individuellen Factoren der Revolutionen und Revolten besprochen werden. Hier finden sich biographische und autobiographische Schilderungen heutiger Anarchisten, modernster italienischer Attentäter, südamerikanischer Barrikadenmänner, Pariser Communarden, und mancher Heilige des heutigen Communismus — wie z. B. Louise Michel — erscheint unter dem Licht eigener Bekenntnisse doch in anderer Gestalt, als die heutige, auch die antisocialistische Presse, erwarten liess.

Für die klinische Formenlehre ist es besonders bemerkenswerth, dass viele dieser Individuen Lebensstadien durchgemacht haben, in denen die Beobachtung unzweifelhaft die Diagnose einer Paranoies ergeben haben würde, während sie vor und nach solchen Perioden ganz andere Degenerations-, oder wenn man will, Charakterformen erkennen liessen.

L. kann wohl für sich die Priorität beanspruchen bezüglich des Nachweises, welche ungeheuere Rolle Paranoiker, Schwachsinnige, Halbgenies („Mattoïde“) und vor Allem eingefleischte Gewohnheitsverbrecher in allen Revolutionen gespielt haben, für deren Studium überhaupt zuverlässige Quellen existiren. Aber er sieht deshalb in revolutionären Bewegungen nicht nur eine Wirkung des Verbrecherthums und der Degeneration. Vielmehr bilden gerade die Schilderungen verbrecherischer Rebellen den Ausgangspunkt eines Versuchs, die der Forschung zugänglichen stürmischen Bewegungen auf politischem, socialem und religiösem Gebiete in zwei grosse Gruppen zu trennen, in berechtigte, reifen Zielen zustrebende, von genialen Menschen geführte Umwälzungen — Revolutionen —, und in unberech-

[1]) Delitto politico p. 20.

tigte oder ganz verfrühte, von Mattoïden (schwachsinnigen Pseudogenies) geführte, zumeist von Verbrechern und Degenerirten ausgefochtene, mit Greuelthaten und Verbrechen jeder Art verbundene Revolten.

Die Beweisführung, in der L. diese Anschauung zu stützen sucht, wird nur dem ganz verständlich sein, der L.'s vorausgegangene Hauptwerke kennt. Es lässt sich nicht verkennen, dass der Verfasser die Schlussfolgerungen dieser früheren Arbeiten in dem vorliegenden Werke ohne Weiteres als feststehend hinstellt; er konnte aber auch nicht anders handeln, ohne sich selbst zu verleugnen.

Wie L. von dieser Unterscheidung zwischen Revolution und Revolte ausgehend das Wesen des politischen Verbrechers kennzeichnet, wie er das Charakteristicum des politischen Verbrechens in dem Verstosse gegen den die Menschheit beherrschenden Misoneismus sucht, und die ganze Entwicklung der Menschheit in dem Kampfe des schöpferischen Genies, dem Aufbäumen der Genialitäts-Neurose gegen das Beharrungsstreben des normalen Menschen sich abspielen sieht, das kann hier nicht weiter dargelegt werden.

Wie originell und wie oft paradox das Buch des italienischen Forschers ist, wird sich nach diesen Andeutungen ahnen lassen. Wer sich dadurch in seinem Misoneismus verletzt sieht, wird immerhin in einer Fülle interessanter Thatsachen auf psychopathologischem Gebiete seine Entschädigung finden. Kurella.

---

# IV. Aus Vereins- und Gesellschafts-Verhandlungen.

## Société médicale des hôpitaux.

Sitzung vom 26. December 1890.

296) **Raymond** führt eine Kranke vor, welche nach einer Krise der grande hysterie pemphigoide Eruptionen und Ecchymosen auf einem gelähmten und anästhetischen Gliede bekam. Diese bestehen seitdem bereits zwei Jahre.

297) **Luys** theilt statistische Daten mit über Behandlung mit vom Hypnotismus „derivirenden Methoden" (Fascination, Transfert und Magnet) an Hysterischem, bei paralysis agitans, Epilepsie, Schreibekrampf etc. Die Erfolge waren zufriedenstellend, alle besserten sich. L. will auch drei von neun Fällen Paralysis agitans geheilt haben (!).

Die Fascination soll gute Dienste bei den Wehenschmerzen der Gebärenden geleistet haben. Rohden (Oeynhausen).

---

# V. Tagesgeschichte.

— Dr. **Julius Jensen,** langjähriger Director der Ostpreussischen Anstalt zu Allenberg, zuletzt Director der Berliner städtischen Anstalt zu Dalldorf, ist, 49 Jahre alt, am 24. April gestorben. Von seinen zahlreichen Arbeiten ist seine ausführliche Darstellung der Katatonie (in der Ersch-Gruber'schen Encyklopädie) und eine ganze Reihe von Arbeiten über die Grösse der Oberfläche des Grosshirns, über das Gewicht des Hirns und seiner Theile zu nennen; der Zusammenhang zwischen Schädel- und Gehirnformen stand im Vordergrunde der Interessen Jensens. Trotz dieser Richtung auf zahlenmässige Exactheit besass er zugleich psychologischen Blick, der sich in seiner Arbeit über Doppelwahrnehmung, in mehreren geistreichen populären Abhandlungen, und ganz besonders auch in seiner anregenden und humanen Persönlichkeit aussprach. K.

— Der Gesetzentwurf über die ausserordentliche Armenlast, der in einem längeren Artikel der vorigen Nummer dieser Zeitschrift erläutert worden ist, ist Mitte April eingehend von einer Commission des Abgeordnetenhauses berathen worden, nachdem die Herrenhausbeschlüsse vorliegen. Der vom Herrenhause abgeänderte Entwurf zieht für die Landarmenverbände die Verpflichtung vor, für Bewahrung, Kur und Pflege der hülfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Diese Verpflichtung der Landarmenverbände wünschte Abg. von Rauchhaupt in eine Communalverpflichtung umzuwandeln, während ein Antrag des Abg. von Tzschoppe zu vermitteln suchte. Die Commission entschied sich principiell dafür, die zu schaffende Last als Armenlast zu betrachten und legte ihren Berathungen den Regierungsentwurf zu Grunde. Es entspann sich dann eine lange Besprechung über den Begriff „hülfsbedürftig". Schliesslich fand eine Einigung dahin statt, dass unter dieser Bezeichnung nicht nur diejenigen zu verstehen seien, welche eine vorübergehende Pflege nöthig haben, sondern auch die einer dauernden Pflege in einer Anstalt Bedürftigen. Der § 31 wurde in mehrfacher Beziehung abgeändert. Insbesondere wurde der Rückgriff an den vorläufig verpflichteten Orts-Armenverband beseitigt und der Kreis mehr in den Vordergrund gestellt, als der Entwurf es ausspricht. Die Berathungen kamen über diesen Paragraphen noch nicht hinaus.

— **Halle.** Am 29. April ist die psychiatrische und Nervenklinik der Universität in Gegenwart des preussischen Cultusministers, mehrerer Ministerialräthe und verschiedener hervorragender Psychiater feierlich eröffnet worden. Die Klinik hat eine lange Vorgeschichte, in ihrer heutigen Gestalt entspricht sie, auch von den engeren Zwecken der Klinik abgesehen, allen Anforderungen an eine Irren-Heilanstalt in hohem Maasse. Der Minister, Graf Zedlitz-Trützschler, hat sich bei dieser Gelegenheit u. A. auch dahin ausgesprochen, dass er im Princip die Errichtung von psychiatrischen Kliniken an allen preussischen Universitäten anstrebt, Graf Zedlitz ist der erste preussische Cultusminister, der in seiner Laufbahn — als Vorsitzender des Provincial-Ausschusses von Schlesien — die heutige Gestalt des preussischen Irrenwesens kennen gelernt und innerhalb seiner damaligen Wirkungssphäre auch entscheidend beeinflusst hat.

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 Juni.** Neue Folge II. Band.


## I. Originalien.

### I.

### Hypothese über die Entstehung der Gedächtnissspuren von Seheindrücken und der reflectirten Bewegungen.


Von Dr. NOISZEWSKI in Dünaburg.


Das Gedächtniss für Seheindrücke ist, im weitesten Sinne verstanden, die materielle, vom Object auf dem Subject hinterlassene Spur, entsprechend der Lichtspur auf der Platte der photographischen Dunkelkammer. Eine bleibende Lichtspur kann nur durch chemische Veränderungen hervorgerufen werden; finden solche Veränderungen nicht statt, so kann keine solche Spur hervorgerufen werden.

Die Belichtung ist stärker, wenn die Anzahl der vom Körper reflectirten Lichtstrahlen grösser ist. Je grösser aber diese Anzahl für irgend einen Punkt des Körpers ist, desto dichter neben einander liegen im Bilde an diesem Punkte die durch die Einwirkung des Lichts chemisch veränderten Theilchen. Um nun das Bild unsern Sinnen wahrnehmbar zu machen, müssen wir entweder die chemisch veränderten oder die dieser Veränderung nicht anheim gefallenen Theilchen entfernen. Im ersten Falle erhalten wir die negative, im zweiten die positive Spur des Körpers.

Das mit Anwendung von Kreide oder Farbe hergestellte Bild eines Gegenstandes ist eine Anhäufung von Kreide- oder Farbebruchstücken auf dem Papier, und die Anzahl dieser Kreide- oder Farbetheilchen an den verschiedenen Stellen des Bildes ist entgegengesetzt der Stärke der Beleuchtung der entsprechenden Stellen des abconterfeiten Gegenstandes. Beim Zeichnen auf beräuchertem Glas verfahren wir umgekehrt, indem wir mit der Nadel die Russtheilchen auf desto grössern Flächen entfernen, je kräftiger der entsprechende Theil des Körpers beleuchtet ist.

Die Art und Weise der Wiedergabe beleuchteter Gegenstände auf der Netzhaut des Auges hat eine ungemeine Aehnlichkeit mit Nadelzeichnungen auf berusstem Glas, mit dem Kupferstechen, der Photographie. Ich will hier nur die Aufmerksamkeit auf die Lichtspuren im Auge (optogrammata) hinlenken.

Es wird wohl ein Jeder die Erfahrung gemacht haben, dass, sobald man am Morgen beim Erwachen das Fenster einige Zeit ansieht und darauf sogleich die Lider schliesst, dem Auge das Bild des Fensters vorschwebt, wobei jedoch die Scheiben dunkel, der Rahmen aber hell erscheint[1]).

Der Grund dieser Erscheinung liegt in der chemischen Einwirkung der Sonnenstrahlen auf den Sehpurpur der Netzhaut, vielleicht auch auf die Chromofore der optischen Zapfen, welche nach Mays auch für Licht empfindlich sind.

Der Sehpurpur, welchen die letzte Schicht der Netzhaut, das Pigmentepithel, im Dunklen in die vor ihr liegende Schicht ausscheidet, dringt nach Kühne wohl in die Fäden, nie in die Zapfen, und die lichten Theile des auf die Netzhaut fallenden Bildes lassen, indem sie die von ihnen eingenommenen Theile der Netzhaut entfärben, die übrigen Theile derselben unberührt, was ihre Purpurfärbung anbetrifft.

Welches auch die Ansichten über das Wesen dieser Erscheinung sein mögen, in welcher Einige die Wirkung einer eigenartigen Sehmaterie, die Andern eine Entsendung langwelliger rother Wärmestrahlen sehen wollen, jedenfalls wird man zugeben müssen, dass hier die Entstehung einer sichtbaren materiellen Spur des Objectes auf dem Subjecte für bestimmt angenommen werden kann. Die Spur entspricht vollständig dem Gegenstande, und ein 5 cm breiter Gegenstand giebt im Auge des Kaninchens in der Entfernung von 25 cm eine scharf begrenzte, 1,5 mm der Netzhaut einnehmende Lichtspur (Kühne). Obgleich Kühne behauptet, dass die Frösche sogar nach völliger Entfärbung der Netzhaut noch mit Leichtigkeit Hindernissen ausweichen und ihre Beute greifen, so kann man dem die Jedem bekannte Thatsache entgegenstellen, dass, wenn man längere Zeit die Flamme einer Lampe ansieht, nachher aber den Blick auf einen weissen Bogen Papier richtet, man auf diesem letztern einen dunklen Fleck zu sehen glaubt, der längere oder kürzere Zeit uns im Sehen behindert. Sind wir in ein dunkles Zimmer getreten, so bemerken wir, dass erst nach Verlauf eines gewissen Zeitraumes wir die anfangs nicht wahrgenommenen Gegenstände ziemlich gut zu erkennen vermögen. Diese Facta und der Umstand, dass im Dunklen eine reichlichere Ausscheidung des Sehpurpurs stattfindet, und die grösste Anhäufung desselben bei Nachtthieren und solchen, die an dunklen Orten sich aufhalten, vorgefunden wird, führen zur Annahme, dass die Quantität des Sehpurpurs im Auge der Lichtmenge entgegengesetzt ist, mit andern Worten: zur Wahrnehmung eines Seheindruckes ist eine desto kleinere Menge von Sehpurpur nöthig, je grösser die Intensität der Belichtung ist, und umgekehrt: je grösser die Anhäufung des Sehpurpurs ist, eine desto kleinere Menge Lichts ist nöthig, um einen Eindruck empfangen zu können.

---

[1]) Genau gesprochen, erscheint das Bild des Fensters in der ersten Zeit nach dem Schliessen der Lider, mit hellen Scheiben und dunklem Rahmen, und erst später tritt das Gegentheil ein.

A. Fick nimmt für gewiss an, dass die von einem leuchtenden Körper entsandten Aetherwellen überhaupt gar nicht oder nur in solchen Fällen auf die peripherischen Sehnervenendigungen direct einwirken, wenn die Stärke der Belichtung eine so grosse ist, dass eine tödtliche Erwärmung der Nervensubstanz hervorgerufen wird. Da das Auge aber auch für schwache Lichteindrücke empfindlich ist, so sind wir gezwungen, das Vorhandensein solcher Nervenendenapparate anzunehmen, in welchen ein Vorrath solchen Stoffes angehäuft ist, der die Eigenschaft besitzt, auch bei der unmerklichsten Einwirkung der Lichtstrahlen sich zu zerlegen und nachdem eine kräftigere Wirkung hervorzurufen. Das Licht giebt hier nur den ersten Anstoss zur weiteren Thätigkeit, indem es die weit grössere, in dem Nervenendenapparat verborgene Kraft weckt. Das Verhältniss zwischen der Einwirkung des Lichts und der Reizung in den Nervenausläufen entspricht dem Verhältniss zwischen dem Funken und der durch ihn hervorgerufenen Explosion.

Der frische Schnitt des Sehnerven beim Frosch und Kaninchen reagirt sauer[1]). Wird das Thier aber, ehe man es tödtet, vorher 24—48 Stunden im Dunklen gehalten, so ist die Reaction neutral oder sogar alkalisch. Kühne fand die Reaction der Netzhaut bei im Dunklen gehaltenen Fröschen stets alkalisch. Chodin fand eine sauere Reaction bei zerdrückter oder dem Lichte ausgesetzter Netzhaut. Sogar die Netzhaut eines im Dunklen gehaltenen Thieres reagirt sauer, wenn sie zerdrückt worden ist.

Hieraus kann man schliessen, dass die von der Lichtspur eingenommenen Theile der Netzhaut sauer, die vom Lichte unberührt gebliebenen alkalisch reagiren. Die neutrale Reaction entsteht bei Vermischung der sauer reagirenden Theile mit den alkalisch reagirenden, richtiger — bei Vermischung der von diesen Theilen ausgeschiedenen Stoffe. Wie bekannt entfärbt sich der Sehpurpur unter der Einwirkung von Säuren, die Kohlen- und Buttersäure ausgenommen. Unter der Einwirkung der Lichtstrahlen muss sich irgend eine Säure bilden, sei es aus dem Sehpurpur selbst oder aus dem Inhalte der Nervenfädenendigungen. Beachtet man dieses und auch den Umstand, dass das Pigmentepithel alkalische Stoffe in die Nervenfäden ausscheidet, der Sehnerv aber alkalisch und auch sauer reagirt, je nachdem, ob die Netzhaut dem Lichte ausgesetzt wurde oder nicht, so müssen wir annehmen, dass die später wieder verschwindende Säure während der Zeit der Ruhe durch die Gewebe der Netzhaut in den Sehnerv übergehen muss.

Nach R. Gescheidlen[2]) reagirt die graue Hirnsubstanz und die Medulla stets sauer, ebenso auch die weisse Gehirnmasse, obgleich ungleich schwächer. Sczerbak[3]) folgert aus den an seiner eigenen Person während der Ruhe sowohl, als auch während eifriger Studien gemachten Beobachtungen, dass geistige Arbeit im Gehirn eine fortwährende Zersetzung phosphorreicher Stoffe hervorruft, wobei Phosphorsäure entsteht und ins Blut, dann in den Urin übergeht. Dabei bemerkt er aber, dass die Resultate seiner Beobachtungen deshalb so günstig gewesen seien, weil die geistige

---

[1]) A. Chodin, Ueber die chemische Reaction der Netzhaut und des Sehnerven Sitzber. der Wiener Akademie, 1877.

[2]) Ueber die Reaction der nervösen Centralorgane.

[3]) Journal des dritten russischen Aerztecongresses, neurologische Section, S. 252, 7. Januar, a. S. 188g.

Arbeit dreiviertel Tag fast ohne Unterbrechung gedauert habe. Mendel fand im Urin stets viel weniger Phosphorsäure am Tage, als in der Nacht.

Mit der Ergründung der chemischen Zusammensetzung der Nervenfädenendigungen hat sich Kühne beschäftigt.

An den von den Fäden (Stäbchen) selbst getrennten Vorderenden bemerkte er, dass die Einwirkung der Osmiumsäure auf dieselben verschieden ist. Die Vorderenden nehmen die verschiedensten Färbungen an: bald sind sie ganz weiss, dann wieder theilweise olivenfarbig. Diese letztere Färbung wurde stets an dem, dem Pigmentepithel zunächst liegenden Ende bemerkt. In Fällen, wo die Vorderenden der Stäbchen in einzelne Plättchen zerfallen sind, werden letztere durch Osmiumsäure gleichmässig gefärbt, ob sie nun den Enden oder der Mitte der Vorderenden angehören. Kühne nimmt an, dass die Plättchen sehr reich an Cerebrin sein müssen, da sie sogar dann nicht zerstört werden, wenn man ihren Inhalt durch Aether entfernt. Nur in kochendem Alkohol oder Benzol werden sie, die Neurakeratinhülle ausgenommen, vernichtet. Kühn begoss die Netzhaut eines Ochsenauges mit Aether und bemerkte in der Flüssigkeit, nachdem dieselbe abgekühlt war, eine schwache Trübung, der er aber durch Zusatz von Osmiumsäure keine Färbung zu verleihen im Stande war. Die Trübung erklärt Kühne als von der Anwesenheit von Lecithin herrührend. Bei Behandlung der Netzhaut durch Alkohol erhielt er einen weisslichen Niederschlag. Dieses Product reagirte auf Cerebrin, und eine Färbung konnte durch Anwendung von Osmiumsäure nicht hervorgerufen werden. Aetherextract aus Nervenfasern enthält Lecithin, Spiritusextract Cerebrin; beides sind Stoffe, die durch Zusatz von Osmiumsäure nicht gefärbt werden können.

Schon die bisher angeführten Facta beweisen, dass bei Einwirkung des Lichts oder chemischer Factoren in den Vorderenden der Stäbchen eine völlige oder theilweise chemische Zersetzung ihres Inhalts stattfindet. In demjenigen Theil der Vorderenden, wo die vollständige Zersetzung eingetreten ist, wird der Inhalt dieser Vorderenden durch Osmiumsäure gefärbt, enthält also weder Lecithin, noch Cerebrin, Stoffe, die, wie bekannt, von der Osmiumsäure nicht angegriffen werden.

Doch ist es auch ohnedem bekannt, dass die Osmiumsäure nicht die Sehpurpur enthaltenden Theile der Netzhaut, wohl aber das Schwarze derselben oder die vom Licht entfärbten Theile angreift.

Also werden durch das Licht Cerebrin und Lecithin vernichtet, da eben diese Stoffe von der Osmiumsäure nicht gefärbt werden können. Auch sehen wir ebenfalls, dass der Sehpurpur der Färbung der Vorderenden der Stäbchen Widerstand leistet, was daraus folgt, dass diese Vorderenden von der Osmiumsäure nur an ihren Enden gefärbt werden, und erst, nachdem sie in Plättchen zerfallen sind, werden auch die mittleren Theile von ihr gefärbt; die verschiedenen Arten von Lecithin, als Producte der Zersetzung, geben verschiedene Mengen von Säuren: Palm-, Stearin-, Buttersäure, Cholin- und Glycerin-Phosphorsäure.

Alle desbezüglichen Autoren berichten über das Anschwellen des vorderen Theils der Stäbchen unter der Einwirkung des Lichts. Bei schwächerer Belichtung beschränkt sich das Anschwellen auf die Enden, wo es sich in Stecknadelkopf-ähnlicher Gestalt bemerkbar macht; ist aber die Einwirkung des Lichts von längerer Dauer, so schwillt der ganze vordere Theil des

Stäbchens an, wird dicker und kürzer, neigt sich zur Seite. Denissenko[1]) giebt an, dass die Fäden der Netzhaut (thumus vulgaris), die kaum 0,002 mm breit sind, nach der Belichtung an ihren Enden bis zur Breite von 0,004 mm angeschwollen waren, was die Fäden den Stecknadeln ähnlich machte, nur dass die Anschwellungen keine kugelrunde Form hatten. Dieses Anschwellen der Fäden erinnert eigenthümlich an das unter dem Mikroskop beobachtete Anschwellen dieser Fäden, wenn sie der Einwirkung der Galle ausgesetzt werden. Wenn die Netzhaut noch frisch ist, so gleicht nach Kühne diese Anschwellung einer Explosion; sogar die Umhüllung der Vorderenden der Stäbchen soll hierbei zerplatzen. An vereinzelt liegenden Vorderenden soll man diese Explosion besonders genau beobachten können; zuerst tritt eine nicht zu beschreibende Veränderung in der Brechung der Lichtstrahlen ein, darauf zeigen sich an dem Vorderende sehr deutlich Querstriche, wobei auch die Mittelachse, mit vielen Einsenkungen versehen, sichtbar wird.

Vielfältig sind die Querstriche an den Vorderenden der Stäbchen und Zapfen auf der Netzhaut selbst beobachtet worden. Kühne giebt an, dass sie wie mit zur Achse senkrechten Einschnitten versehen aussähen. Nach dem Absterben der Fäden, d. h. der Vorderenden der Stäbchen sowohl, als der ganzen Zapfen sind die Vorderenden der Zapfen deutlicher wahrnehmbar und zerfallen nach aussen in Plättchen oder Ringe, während in der Mitte eine Achse von veränderter Lichtbrechung durchgeht.

Also bestehen die Sehfäden aus einer äussern Umhüllung und einem Inhalt (Röhre), der seinerseits aus durch Zwischenwände getrennten Plättchen besteht (Max Schultze).

Wir stellen uns also das mit Sprengstoff angefüllte Vorderende als aus einer ganzen Reihe von einzelnen, durch Zwischenwände von einander getrennter, durch die Achse aber verbundener Ladungen vor. Nachdem die Explosion einer Ladung stattgefunden hat, fällt an dieser Stelle die Hülle ein, eine ringförmige Falte bildend, welche, sich immer mehr zusammendrückend dem Auge als Strich erscheint.

Max Schultze erklärte die Entstehung der Striche durch den faserigen Bau der Achsencylinder, doch erhielt Rumpf dieselben Striche sogar nach Zerstörung der Cylinder durch Höllenstein; also wären die Striche als Falten der hornartigen Umhüllung der Nervenfaser anzusehen. Solche Striche werden im ganzen Nervensystem beobachtet: Remak fand sie in den Fortsätzen der Ganglienzellen, Boll in den Zellen der Hirnrinde, wo diese Striche in Gestalt dunkler Ringe sich längs der Zellenkerne ablagern. Die Umhüllungen der Sehfäden lassen sich absondern und als Neurakeratin erkennen[2]). Kochen, Aetzen mit Pepsin, Salzsäure zerstört das Neurakeratin der Vorderenden der Stäbchen nicht. Auch widersteht dasselbe ungemein lange der Fäulniss und den Mikroorganismen (Kühne).

Doch haben wir gesehen, dass die Sprengkraft der Ladungen so gross ist, dass das Neurakeratin der Vorderenden der Stäbchen reisst und zusammenfällt. Schwerer zu erklären ist's, auf welche Weise die Vorsprünge des Pigmentepithels zwischen die Sehfäden eindringen können, da doch zur Zeit der Entfärbung dieselben so sehr anschwellen, dass sie fast den ganzen

---

[1]) Wojenno-medizinskij Journal, Februar 1886, S. 75.

[2]) H. Kühne, Zur Architektonik der Retina (Kl. Monatsblatt f. Augenheilkunde).

Raum zwischen den einzelnen Fäden einnehmen. Hornbostel[1]) giebt mit grosser Genauigkeit die Maasse der Fäden vor und nach der Lichteinwirkung an. Der Durchmesser derselben macht bei Fröschen 0,006 mm bis 0,007 mm aus, der Durchmesser der Zwischenräume 0,0005 mm bis 0,0008 mm. Der Einwirkung des Lichts ausgesetzt, vergrösserten sie sich noch vor Ablauf einer Stunde so sehr, dass sie dicht an einander zu liegen kamen. Dabei hatte ihr Durchmesser die Länge von 0,0068 mm bis 0,0072 mm.

Da sogar nach sieben- und neunstündiger Einwirkung der Sonnenstrahlen der Durchmesser der Sehfäden 0,008 mm nicht überschreitet, so kann man daraus schliessen, dass dieselben einen Theil ihres Inhalts von Zeit zu Zeit nach vorne ausscheiden, anders gesprochen — auf das Anschwellen und die Vergrösserung des Druckes folgt in und zwischen den Fäden eine Entleerung und Verminderung des Druckes, und diese letztere ist die nächste Ursache des Vorwärtsschreitens der Vorsprünge des Pigmentepithels und deren Plasma. Und wirklich ist die Menge des vordringenden, den äussern Schichten der Netzhaut sich nähernden Plasma so gross, dass z. B. Denissenko den ganzen Vorgang als eine physiologische Anschwellung der Netzhaut betrachtet. Doch muss man nicht vergessen, dass bei normalen Bedingungen das Auge nie so lange und ohne Unterbrechungen den Lichtstrahlen ausgesetzt wird, so dass also alle an der Netzhaut eines dem Lichte gewaltsam ausgesetzten Auges wahrzunehmenden Vorgänge bei ungewöhnlicher Belichtung stattfinden.

II. Was ist also in Hinsicht auf das Auge jene Spur des Objects auf unserm Subject? Eine, Spuren in Gestalt von Strichen hinterlassende, Zersetzung explosiver Stoffe. Diese Striche sind Falten der Hornhautumhüllung der Nervenfasern.

Die oben gemachten Angaben scheinen Mendel's Hypothese, dass die Nervensubstanz ähnlich der Muskulatur nach jedem Actus der geistigen Thätigkeit sich vergrössere, zu widersprechen, obgleich auch Meynert der Mendel'schen Ansicht sich anschliesst, „weil die Gedächtniss genannte Erscheinung den Charakter einer hinzufügenden und conservirenden trägt".

Sehen wir die Explosion und den durch dieselbe hervorgerufenen Strich als einfaches Gedächtnisszeichen an, so müssen wir das Gedächtniss als conservirende, aber negative Erscheinung betrachten. Dadurch erklärt sich auch die Begrenztheit und das Schwächerwerden derselben bei zunehmendem Alter. Meynert's Hypothese[2]), die er in seiner Psychiatrie anführt, lautet folgendermaassen: „Die Hirnrinde enthält mehr denn eine Million Zellen. Jeder neue Eindruck findet eine neue, noch von keinem andern Eindruck eingenommene Zelle. Auf einander folgende Eindrücke nehmen neben einander belegene Zellen ein. Dadurch unterscheidet sich die Hirnrinde von der Netzhaut, wo jeder folgende Eindruck den vorhergegangenen verwischt, indem er die ganze Fläche einnimmt." Munk's Beobachtungen, sagt Meynert, können als Beweise dienen: optische und akustische Centra in der Hirnrinde der Thiere sind von einem noch von Eindrücken nicht besetzten Gürtel umgeben. Wird dieser Gürtel durch Operation entfernt, so treten keine der Taubheit oder Blindheit entsprechenden Erscheinungen auf. Wird dagegen der innere Gürtel zweckmässiger

---

[1]) Untersuchungen aus dem Physiol. Institut, I, S. 409. Heidelberg.

[2]) Ueber den Bau der Rinde und seine örtlichen Verschiedenheiten, 1867.

Bewegungen entfernt, so giebt die Anwesenheit der äussern unbesetzten Theile die Möglichkeit, neue Seh- und Gehöreindrücke aufzunehmen, was sich in der Verringerung der Taub- und Blindheitserscheinungen kund thut.

Ich glaube, dass diese Gegenüberstellung der Netzhaut der Gehirnrinde kein glücklicher Einfall ist. Sogar der kleinste Theil der Netzhaut unterscheidet sich in seiner Thätigkeit durch nichts von derjenigen der ganzen Netzhaut, und sogar die Zerstörung des Sehens in der macula lutea hat keine gänzliche Blindheit zur Folge. Wenn es unmöglich ist, das Sehen in der macula lutea mit dem peripherischen Sehen zu vergleichen, so giebt ja Munk selbst zu, dass die sogenannte Seelenblindheit aller Wahrscheinlichkeit nach die Blindheit derjenigen Theile des optischen Centrums in der Gehirnrinde ist, welche dem gelben Fleck in der Netzhaut entspricht, oder mit andern Worten, dass die Entfernung des functionalen Sehcentrums in der Hirnrinde die Blindheit des gelben Fleckes der Netzhaut herbeiführt. Wenn bei einem Hunde, sagt Munk, die Seelenblindheit auch geheilt wird, so geht derselbe doch nicht in der Richtung der Sehaxe zum Stück Fleisch, sondern bemüht sich vorher durch besondere Wendungen des Kopfes das Bild dieses Fleischstückes auf den empfindlichsten Theil der Netzhaut überzuführen, woraus denn schon Munk selbst folgert, dass auf der Netzhaut nach Entfernung durch eine Operation des optischen Sehcentrums in der Hirnrinde ein neuer gelber Fleck sich bildet, so dass die Vorgänge in der functionalen Sehhirnrinde den Vorgängen des im höchsten Grade intensiven Sehens in der Netzhaut entspricht. Meynert nimmt an, dass das Projectionsfeld der macula lutea in der Hirnrinde dem äussersten Theil des Sehcentrums in der Hirnrinde entspricht. Da die Eindrücke, die bei der Seelenblindheit empfangen werden, ausserhalb des Sehens in der macula lutea fallen, so können sie an Deutlichkeit jenen, welche in der Gegend der macula lutea fallen, nie gleichkommen.

Unzählige Erscheinungen sprechen dafür, dass jedes Bild, sei's auf der Netzhaut oder Hirnrinde, durch eine sehr grosse Anzahl von gleichzeitig in Thätigkeit tretenden Nervenelementen hervorgebracht wird. Auf dieser Ansicht fussend, ist es unmöglich, Meynert's Meinung darüber, dass ein jeder Eindruck eine besondere Zelle einnimmt, beizustimmen.

Nach Weber ist der kleinste Gesichtswinkel, bei welchem man zwei weisse Striche noch als zwei erkennt, 73″. Helmholtz konnte die beiden Striche noch bei einem Winkel von 64″ unterscheiden.

Der bei einem Winkel von 64″ auf der Netzhaut eingenommene Raum macht 0,00464 bis 0,00526 mm aus. Die Breite des Zapfens ist nach Köliker 0,0045 bis 0,0055 mm. Wir haben hier einen vorzüglichen Beweis, sagt A. Fick, zu Gunsten dessen, dass ein jeder Zapfen des gelben Fleckes einen besondern, von andern noch zu unterscheidenden Eindruck liefern kann.

Wenn parallele und von einander durch schwarze Zwischenräume getrennte weisse Striche in solcher Entfernung beobachtet werden, dass der Gesichtswinkel, unter dem wir die Zwischenräume zwischen den Strichen sehen, jenem kleinsten Winkel (64″ bis 73″) gleich ist, welcher die beiden weissen Striche als zwei erkennen lässt, so bemerken wir bei Verkleinerung dieses Winkels, ehe noch die beiden Linien in einander verfliessen, eine besondere Veränderung des Aussehens derselben: die weissen Striche fangen an stellenweise Vorsprünge zu bekommen. Manchmal erscheint das Ganze wie ein Schachbrett. Bergmann erklärt das dadurch, dass die Striche

bald zwei, bald nur einen Zapfen einnehmen, so dass der weisse Strich da, wo er zwei Zapfen einnimmt, gröber erscheint als dort, wo nur ein Zapfen von ihm bedeckt wird.

Einen Einzeleindruck nennen wir einen solchen Eindruck, welcher nur einen einzigen Sehzapfen, allgemein gesprochen, nur einen Nervenausläufer einnimmt; ein zusammengesetzter Eindruck, ein Bild ist dagegen ein solcher Eindruck, welcher gleichzeitig mehrere Nervenfasernenden in Anspruch nimmt.

Die verschiedene Stärke des Einzeleindrucks mag davon abhängen, ob eine ganze Ladung oder nur ein Theil einer solchen explodirt hat. Im letztern Falle verhindert der nachgebliebene Rest das gänzliche, den Strich hervorrufende Einsinken der Umhüllung der Nervenfaser. Was ein ganzes Bild anbetrifft, so kann das Hinterlassen einer schwächern Spur auch durch die ungenügende Menge gleichzeitig explodirter Nervenausläufer erklärt werden, wodurch die Spur an Dichtigkeit verliert. Jedenfalls ist die Stärke des Einzeleindrucks sowohl, als auch eines ganzen Bildes nicht von dem Belichtungszeitraum abhängig[1]).

Die durch die Einwirkung des Lichts in den Vorderenden der Stäbchen und Zapfen der Sehfäden hervorgerufene Veränderung entwickelt elektrische Ströme, welche durch die Vorderenden der Stäbchen und Zapfen, dann durch die Nervenfasern ins Gehirn geleitet werden, wobei die sich hierbei bildenden Säuren ihnen den Durchgang erleichtern.

Hat der elektrische Strom eine Gehirnzelle erreicht, so bringt er hier vielleicht eine ebensolche Explosion hervor, wie die im Auge durch das Licht hervorgerufene. Diese Explosion giebt dann hier auch die gleiche Spur, nämlich einen Strich. Es ist beobachtet worden, dass viele Nervenfasern die Zellen ohne Unterbrechung passiren. So fand man z. B. bei Fischen, dass alle Fasern des Hinterhorns in das Ganglion eintreten, ohne in den Zellen desselben eine Unterbrechung zu erfahren (Wagner[2]), Bidder[3])). Dieser in der Empfindungszelle keine Unterbrechung erleidende Nervenstrang erreicht darauf die Zellen der zweckmässigen Bewegungen, in denselben und in den von ihnen abhängigen Muskelendenapparaten eine Explosion und reflectirte Bewegung hervorrufend. Auf solche Weise hätten wir hier einen Fall, wo ohne jede Theilnahme des Bewusstseins im Denkapparate des Subjects, in der Muskulatur desselben eine bestimmte reflectirte Bewegung hervorgerufen wird durch die Einwirkung des Objects, im gegebenen Falle — des Lichts. Es ist selbstverständlich, dass in den Zellen die Ströme aufhören oder bei momentaner Schliessung aller andern Wege einen einzigen offenen Weg geleitet werden.

Vom Augenblick der Entstehung eines Seheindrucks bis zu seiner Wahrnehmung vergehen 0,2 bis 0,22 Secunden. So viel Zeit braucht also der Nervenstrom der durch Licht gesprengten Ladung des Vorderendes eines Sehstäbchens, um von dort das Ende des Nervenleiters im Gehirn zu erreichen.

---

[1]) Helmholtz, Physiologische Optik.

[2]) Neue Untersuchungen über den Bau und die Endigungen der Nerven und die Structur der Ganglien. Leipzig, 1847.

[3]) Zur Lehre von den Verhältnissen der Ganglienkörper zu den Nervenfasern. Leipzig, 1847.

M. Kendrick und Holmgren haben bewiesen, dass beim Eindringen des Lichts in die Netzhaut eines frisch herausgenommenen Auges der von der Hornhaut (+) nach dem Stumpf des Sehnerven (—) fliessende elektrische Strom sich verstärkt[1]). Doch ist bisher noch nicht erwiesen, weshalb der elektrische Strom eine so grosse Verspätung erleidet (0,2″). Wenn das nicht ein in der Unzulänglichkeit unseres Erkenntnissvermögens wurzelndes Geheimniss ist, so wäre diese Verspätung vielleicht durch den Aufenthalt in den Nervenzellen und die schlechte Leitungsfähigkeit der Nervenfasern zu erklären.

III. Ein jedes auf die Netzhaut fallende Bild hat sein auf der macula lutea liegendes Centrum. Bei jeder, auch der kleinsten Bewegung des Kopfes entsteht ein neues, weil um ein anderes Centrum angeordnetes Bild. Das frühere Centrum liegt nun schon zwischen dem neuen Centrum und der Umgrenzungslinie des zweiten Bildes. Ganz ebenso verhält es sich mit den Gesammtbildern. Gesammtbild nenne ich hier die Summe der Eindrücke des Gehirns, sowohl als der Muskeln, die während eines gewissen Zeitraumes bewusst aufgenommen werden. Wendet sich unsere Aufmerksamkeit anderswo hin, so entsteht ein neues Gesammtbild. Alles dieses erinnert sehr an den photographischen Apparat, der sich nur kaum merklich zu verschieben braucht, um schon eine Veränderung in dem aufgenommenen Bilde hervorzurufen[2]). Ein Bild nennt man aber das, was sich auf der Hinterwand der camera obscura oder des Auges abspiegelt, wenn sie in den Zustand vollständiger Unbeweglichkeit versetzt werden. Von der länger oder kürzer eingehaltenen Unbeweglichkeit des Auges oder der camera obscura hängt die grössere oder mindere Deutlichkeit des Bildes ab. Die Zeit spielt beim Hervorrufen der Bilder ebenfalls eine Rolle, doch liefert sowohl die längste, als auch die kürzeste Fixation immer nur ein Bild. Es ist selbstverständlich, dass bei Veränderung der Richtung des Blickes das Verhältniss zwischen den einander entsprechenden Punkten des Objects des Sehens und des Bildes desselben sich verändert. Je längere Zeit wir den Blick auf etwas richten, desto dichter wird die Spur und eine desto grössere Anzahl von Nervenendenladungen explodirt. Dauert aber das Anschauen zu lange, so tritt Ermüdung ein. Die dunklen Theile eines Gegenstandes werden undichte oder gar keine Spuren liefern. Je heller ein Theil des Gegenstandes ist, desto dichter werden die Spuren sein.

Spuren gleichzeitiger Eindrücke liegen neben einander, obgleich nicht in einer Höhe. Spuren von der Zeit nach ungleichen Eindrücken — hinter einander.

Die grössere oder mindere Aehnlichkeit hängt davon ab, ob die Anzahl der in Anspruch genommenen Nervenfasern mehr oder weniger gleich ist, obgleich neue Eindrücke sogar in denselben Nervenfasern auch stets neue (entferntere) Abtheilungen einnehmen. Also nicht so, wie bei Meynert, dass jeder neue Eindruck eine neue Zelle einnimmt, sondern nur einen neuen Theil einer Zelle oder einer Nervenfaserendigung.

---

[1]) Landois, Lehrbuch der Physiologie des Menschen, S. 678, 1884.

[2]) K. Noiszewski, Barwikowicia i choroby pamieci. Archiv der Warschauer Medicinischen Gesellschaft, 1887.

Wenn wir bei mehreren auf einander folgenden Eindrücken unsere Aufmerksamkeit stets nur auf ein und denselben bestimmten Theil desselben concentriren, so wird dieser Theil zum Mittelpunkt vieler Gesammtbilder, wobei der der besondern Betrachtung unterliegende Gegenstand, der im gegebenen Fall nur einen Theil des ganzen Eindrucks bildet, sich der Reihe nach in denselben Endigungen eingraben wird, während die ihn umgebenden Theile in immer neuen Nervenfasernendigungen ihren Platz finden werden. Wird z. B. der Hauptgegenstand einiger auf einander folgender Eindrücke ein Pferd sein, so wird es uns beim ersten Eindrucke unmöglich sein, das Pferd von dem übrigen Theil des ganzen Eindrucks abzusondern, so lange das Pferd unbeweglich bleibt. Hat es sich aber bewegt, so müssen wir, um den Eindruck von demselben wieder auf dieselben Endigungen der Empfangsapparate der Sehorgane zu fixiren, die Lage des Augapfels um einen bestimmten Winkel verändern, damit das Bild des Pferdes so wie früher aufgenommen werden kann. Wenn hierbei die Dauer eines jeden einzelnen Gesammteindrucks gleich ein Fünftel einer Secunde ist, so können wir im Laufe zweier Minuten 600 solcher Eindrücke aufnehmen, d. h. es werden sich 600 Aufschichtungen bilden, deren auf dieselben Endigungen fallender Theil das Pferd sein wird. Auf solche Weise entstehen Eindrücke einzelner Gegenstände[1]). Dieses kann nun als Erklärung dessen dienen, weshalb wir am besten die Umrisse der Gegenstände uns einprägen und im Laufe der Zeiten wohl die einzelnen Gegenstände, nicht aber die Umgebung, in der wir sie seiner Zeit gesehen haben, im Gedächtniss behalten. Dieselbe Hypothese erklärt auch, weshalb sich das oft Wiederholende unserm Gedächtniss so fest eingeprägt wird. Wiederholungen sind eben eine mehr oder weniger grosse Anzahl von Strichen einer und derselben Nervenfasernendigung, sei's im Sinnenapparat, in der Medulla oder der Hirnrinde. Traumgesichte und Hallucinationen werden auch durch die Explosionshypothese erklärt: auch einem Sinnesorgane nicht specifische Reizungen, z. B. grobe mechanische, können die explosive Materie zersetzen, sowohl in den Hirnrindencentren, als auch in den Sinnesendigungsapparaten, z. B. in den Sehfäden. Ein Schlag in der Gegend der Schläfen oder das Durchleiten elektrischer Ströme durch den Kopf oder das Auge bringen Lichteindrücke hervor und die im Dunklen zerdrückte Netzhaut reagirt sauer, ganz so, als wenn sie dem Lichte ausgesetzt gewesen wäre.

---

[1]) Als die Eingeborenen von Mexiko zum ersten Mal berittene Spanier zu sehen bekamen, glaubten sie, Pferd und Reiter seien eins, und dieses dauerte so lange, bis sie Eindrücke empfangen hatten, wo sowohl Pferd als Reiter gesondert erschienen.

II.

## Ueber recurrirende Psychosen.

Von B. S. GREIDENBERG,
Director der Irrenanstalt in Simpheropol (Krim).

Deutsch durch die Redaction.

Im Hinblick darauf, dass die Frage nach den acuten Formen der Verwirrtheit an der Spitze des Programms der Abtheilung für Nerven- und Geisteskrankheiten des russischen Aerzte-Congresses stand, habe ich mir erlaubt, auch meine eigenen Beobachtungen auf diesem Gebiete mitzutheilen, indem ich von dem Gedanken ausging, dass bei einer so vielgestaltigen und, bis jetzt, klinisch noch nicht genügend beobachteten Krankheitsform, wie die acute Verwirrtheit jeder neue Beitrag von Bedeutung und von Interesse ist.

Da ich immer Gelegenheit habe, eine beträchtliche Anzahl an den verschiedensten Formen acuter Verwirrtheit leidender Geisteskranker zu beobachten, so habe ich während der letzten drei bis vier Jahre meine Aufmerksamkeit auf eine Eigenthümlichkeit im Verlaufe einiger Fälle dieser Art gerichtet. Diese Eigenthümlichkeit besteht darin, dass die Krankheit oft einen recidivirenden Verlauf zeigt, ganz ebenso wie z. B. die recidivirenden Formen des Typhus, d. h. dass sie aus einzelnen Anfällen besteht, die durch normale, oder wenigstens fast normale Perioden von einander getrennt sind. Unter circa 300 von mir im Verlaufe von fünf Jahren beobachteten Fällen von acuter Verwirrtheit habe ich sieben Fälle mit recidivirendem Verlaufe constatirt, also $2^1/_3$ %. Im ersten Fall bestanden zwei Krankheitsperioden, im zweiten drei, im dritten vier und im vierten (acute Verwirrtheit von complicirtem Charakter auf alkoholischer Basis) deren fünf.

Ich werde hier nicht auf die Einzelheiten der Krankengeschichte dieser erwähnten Fälle eingehen, sondern mich darauf beschränken, eine allgemeine Darstellung ihres Verlaufs zu geben. — Bei ihrer Aufnahme in die Anstalt (Abtheilung für Geisteskranke des Sympheropoler „Bogougodnoje sawedenie“) zeigten die Kranken das typische Bild acuter Verwirrtheit, grösstentheils mit maniakalischer Färbung. Einige Tage, selten länger als eine Woche, zeigte die Krankheit das, dieser Form eigene Bild, ohne irgend welche Eigenthümlichkeiten zu verrathen. Darauf begannen die Kranken sehr bald, bedeutend eher, als bei den gewöhnlichen Formen von acuter Verwirrtheit, sich zu beruhigen und innerhalb einem, zwei oder drei Tagen besserte sich ihr Zustand derart, dass sie anscheinend gesund, oder doch wenigstens auf dem Wege der Besserung waren. Zwei Patienten wurden auch, dank der Nähe ihres Wohnorts, in diesem Zustande aus der Anstalt entlassen und als geheilt bezeichnet. Aber nach wenigen Tagen, oft schon nach einer Woche, wurden die scheinbar gesunden oder in der Genesung begriffenen Patienten plötzlich wieder unruhig, die Unruhe ging sehr schnell in heftige Aufregung über, und nach einem bis drei Tagen war ganz das nämliche Bild acuter Psychose wieder da, wie bei dem ersten Anfall. Darauf wiederholte sich alles so, wie beim ersten Mal, d. h. die Geistesstörung dauerte einige Tage mit allen Symptomen acuter Verwirrtheit, darauf trat schnell Beruhigung ein, bis zu scheinbar vollständiger Genesung u. s. w. Die Dauer und In-

tensität der einzelnen Anfälle blieben sich nicht immer gleich, gewöhnlich nahmen sie allmählich ab, d. h. jeder neue Anfall war etwas kürzer und schwächer als der vorhergehende. Ich betone hauptsächlich den Umstand, dass die Zwischenräume zwischen den einzelnen Anfällen nicht gewöhnliche Remissionen waren, wie sie bekanntlich im Verlaufe acuter Psychosen häufig vorkommen, sondern völlig normale Perioden, frei von jeglichen krankhaften Symptomen, die eine vollständige Genesung vortäuschten.

Fast in allen Fällen konnte ich beobachten, dass die Patienten während der gesunden Zwischenräume auch nicht die geringsten Anzeichen einer noch nicht vollständig geheilten Geistesstörung verriethen. — Unter sieben von mir beobachteten Patienten gehörten vier dem männlichen und drei dem weiblichen Geschlecht an. Mit Ausnahme eines Kranken, der mehr als 30 Jahre zählte, waren es alles junge Personen unter 25 Jahren. Erbliche Belastung war bei keinem zu constatiren. — Die nähere Krankheitsursache war fast bei allen starke Gemüthserschütterung. — Alle meine Patienten wurden geheilt, von einigen von ihnen erhalte ich ab und zu Nachricht, — sie sind vollkommen gesund.

Es fragt sich nun, welche Stellung dieser eben geschilderten Verlaufsform der acuten Psychose zuzuweisen ist; soll man sie zu den einfachen klinischen Varietäten unter vielen ähnlichen rechnen, welche das so vielgestaltige Bild dieser Formen von Verwirrtheit constituiren, oder berechtigt ihre grosse Anzahl dazu, sie als eine gesonderte Gruppe zu betrachten? Anfangs schien es mir, dass es sich hierbei um die gewöhnlichen periodischen und verwandten Formen der Verwirrtheit handelt, aber eine genauere Untersuchung der einzelnen Fälle hat mich jedesmal überzeugt, dass die für sie charakteristische Verlaufsform vollständig von der der genannten Psychosen abweicht, ganz abgesehen von dem Fehlen ätiologischer Daten.

Demnach halte ich dafür, dass die hier bezeichnete eigenthümliche Verlaufsform einiger acuter Psychosen einen so eigenartigen Charakter besitzt, dass es gerechtfertigt ist, sie als besondere Gruppe der Psychosen zu betrachten, die man „paranoia acuta recurrens“ nennen könnte. Eine weitere Beobachtung wird uns sowohl über die Pathogenese dieser recidivirenden Form acuter Psychose näher aufklären, als auch ihre Stellung in der Nosologie der Geisteskrankheiten im Allgemeinen und Classificationen der Psychosen im Besonderen angeben. Meinerseits halte ich die Bemerkung für nothwendig, dass ich mich bei der Mittheilung meiner Beobachtungen, wenn sie sich unvollständig zeigen sollten, von den Worten Kahlbaum's habe leiten lassen: auf dem Gebiete der psychologischen Symptomatologie wird noch eine Masse von Einzelarbeit nöthig sein, damit die Psychopathologie eine dauerhafte Grundlage erhält.

# II. Original-Vereinsberichte.

## Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. März 1891.

298) Herr **Jolly** stellt einen Fall vor, in welchem es sich um eine Combination von Tabes dorsalis mit Muskelatrophie und Lähmung handelte. Er betrifft eine 51jährige Schlächterfrau, welche vor sieben Jahren mit Doppeltsehen und Schwindel erkrankte, seit vier Jahren über Gefühl von Pelzigsein in den Fusssohlen klagte, wozu sich seit zwei Jahren unangenehme Empfindungen in der linken Hand, später auch in der rechten Hand gesellten. Was die Aetiologie des Falles betraf, so wurde Lues in Abrede gestellt, indess waren Aborte überstanden. Als ursächliche Momente konnte angesehen werden, dass Patientin häufig Durchnässungen ausgesetzt war und anstrengende grosse Lasten hatte tragen müssen.

Zur Zeit besteht statische und locomotorische Ataxie, ferner eine Lähmung im Peroneus linkerseits. Auch die Dorsalflexion der Zehen linkerseits ist beeinträchtigt, während rechterseits die Bewegungen nicht beschränkt sind. Die Sensibilitätsprüfung ergiebt wechselnde Resultate, leise Berührungen an der rechten und linken grossen Zehe werden bei der vorgenommenen Prüfung nicht gefühlt, die Schmerzempfindung ist indess vorhanden; auch das Lagegefühl der grossen Zehen ist beeinträchtigt. Die oberen Extremitäten sind abgemagert, an der rechten Hand erweist sich der Extensor des rechten Zeigefingers und der Radialis defect, die Daumenmuskulatur atrophisch. Links besteht ebenfalls Atrophie des Daumenballens, indess kann hier der Index gestreckt werden, während die anderen Finger nicht gestreckt werden können. Die Flexion ist möglich. Die elektrische Reaction ist in einzelnen Muskeln bedeutend herabgesetzt. Die Sensibilität ist nur wenig gestört. Die Pupillen sind different, die rechte weiter als die linke. Die Lichtreaction fehlt. Augenmuskellähmungen sind im Uebrigen nicht vorhanden.

Aus der überwiegenden Zahl der Sectionsbefunde, bei denen man als Grund der Atrophien eine periphere Neuritis fand, ist der Schluss zu machen, dass es sich auch hier um eine periphere Affection in den Nerven handelt. Dass die Tabes keine Systemerkrankung, sondern eine Affection des gesammten Nervensystems ist, dafür scheint auch vorliegender Fall zu sprechen.

299) Herr **Boedeker** (Autorreferat) berichtet über einen Fall von chronischer progressiver Augenmuskellähmung bei Tabes-Paralyse. Die Krankheit begann mit doppelseitiger Abducensparese, welcher sich nach Ablauf eines Jahres Pupillenstarre hinzugesellte. (Lichtreaction links eine Zeit lang noch in minimaler Weise nachweisbar.) Nach einem Zeitraum von weiteren $4^1/_2$ Jahren hatten sich gleichzeitig die Erscheinungen der Tabes und Paralyse entwickelt. (Herabsetzung des rechten Kniephänomens, lancinirende Schmerzen, Schwindelanfälle, leichte Sprachstörung, Demenz.) Zur selben Zeit wurden ophthalmoskopisch temporale Pupillenabblassung, sowie Verminderung der Sehschärfe und ausserdem das Bestehen centraler Farbenskotome für Roth und Grün nachgewiesen. Wiederum nach $1^1/_2$ Jahren

waren die Pupillen in toto abgeblasst, vornehmlich jedoch in ihren äusseren Theilen. Später trat dann noch Pupillendifferenz, Andeutung von Romberg'schem Symptom, breitbeiniger, unsicherer Gang ein, auch die Convergenz-Reaction erlosch schliesslich; gegen das Ende stellte sich eine Beeinträchtigung auch der übrigen sämmtlichen Augenbewegungen ein. Der Levator palp. blieb frei. Die Abducenslähmung war während des ganzen Krankheitsverlaufs, der sich auf mehr als acht Jahre erstreckte, stationär geblieben, bezw. hatte an Intensität langsam zugenommen.

Bei der Section fanden sich makroskopisch die bekannten pathologisch-anatomischen Erscheinungen der progressiven Paralyse. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks wies graue Degeneration der Hinterstränge nach. Behufs Untersuchung der Nervenkerne wurde eine fortlaufende Serie angefertigt von der Höhe der Pyramidenkreuzung an bis zum distalen Ende des Oculomotoriuskerns hin. Es ergab sich hochgradige Degeneration des Abducenskerns und seiner Wurzelfasern beiderseits und deutliche Degeneration beider Trochleariskerne (besonders des rechten) und Trochleariswurzeln. Vom Gebiete der Kreuzungen des Oculomotorius waren frei geblieben das distale Ende des sog. hinteren ventralen Kernes, welches in Gestalt eines in das hintere Längsbündel vorspringenden Zapfens bereits in der Schnitthöhe der Trochleariskerngegend beginnt (Siemerling), ferner die Westphal'schen lateralen und medialen kleinzelligen Gangliengruppen, sowie die sog. vorderen medialen Kerne. Alle anderen zum Oculomotoriusgebiet gehörenden Kerne sind deutlich degenerirt, ebenso die intramedullären Fasern des Oculomotorius. Ausserdem fand sich partielle Entartung der aufsteigenden Trigeminuswurzel und Degeneration des Krause'schen Bündels. Die Untersuchung der peripheren Augenmuskelnerven und Augenmuskeln ergab, ganz besonders im Abducens, ebenfalls deutliche Entartung. Papille und Sehnerven sind, besonders in ihren äusseren Theilen, degenerirt, letztere derart, dass auf den Querschnitten der degenerirte Herd zunächst hinter der Papille die Form eines mit der Spitze nach den Centralgefässen gerichteten Keils, weiter cerebralwärts eine mehr halbmondförmige und noch weiter hinten eine rundlich-viereckige Gestalt darbietet, wobei sich zugleich der Herd mehr ins Centrum verschiebt. Die Art des Processes charakterisirt ihn als einen interstitiell-neuritischen.

Die am meisten ausgesprochene Entartung im Abducenskern und dessen Fasern entspricht der klinischen Beobachtung, welche zuerst eine Affection gerade dieses Nerven nachwies. Auffallend ist das bereits von Siemerling in einer Anzahl von Fällen constatirte Zusammenfallen des Freibleibens des Lev. palp. mit der anatomischen Intactheit des distalen Endes des ventralen Oculomotoriuskerns. Klinischer Verlauf der Sehstörungen und Art des anatomischen Processes am N. opticus lassen die Erkrankung des Sehnerven als analog denjenigen erscheinen, welche nach Taback- bezw. Alkoholmissbrauch beobachtet werden.

Discussion. Herr Siemerling betont, dass der zuerst von Westphal beschriebene (Arch. f. Psych. und Nervenkrankheiten, Bd. XVIII) sogenannte hintere Trochleariskern zu dem Trochlearis in keinen Beziehungen steht, wie dies aus dem Ergebniss der von ihm vorgenommenen Untersuchung von sieben Fällen von Augenmuskellähmung hervorgehe. Nach Schütz müsse die genannte Gruppe zu den Kernen des centralen Höhlengraus gerechnet werden.

Der Oculomotoriuskern werde am besten in einen vorderen in der Höhe des dritten Ventrikels gelegenen und in einen hinteren getheilt. Derselbe sei nicht, wie dies in den meisten Lehrbüchern so dargestellt werde, eine directe Fortsetzung des Trochleariskerns, beginne vielmehr schon in der Schnitthöhe dieses letzteren als eine in das hintere Längsbündel hineinragende Zellgruppe und gehe dann in den ventralen Oculomotoriuskern über. Aus seinen Untersuchungen gehe hervor, dass, je weniger klinisch eine Beweglichkeitsbeschränkung des Lev. palp. sup. ausgeprägt gewesen, desto gesünder die anatomische Beschaffenheit der genannten Zellgruppe erscheine. Immerhin sei auch die Möglichkeit ins Auge zu fassen, dass dieselbe in Beziehung zum Augen-Facialis stehe. Ascher.

---

Sitzung vom 11. Mai 1891.

300) **Jolly**: Ueber Chorea hereditaria (Krankenvorstellung), 36jähriger Frau, die seit acht Jahren an Chorea leidet; das Leiden hat sich nach einer starken Gemüthsbewegung entwickelt; seit der Zeit auch progressive Reizbarkeit und Gedächtnissschwäche. Die Mutter der Patientin erkrankte in gleicher Weise im 35. Jahr und starb im 46. Jahr; ein älterer Bruder der Mutter starb auch im Zustande der Verblödung, nachdem er acht Jahre choreatisch gewesen war; ein jüngerer Bruder der Mutter leidet seit sechs Jahren an Chorea. Von den zwei Kindern der Patientin, welche sie vor dieser Erkrankung geboren hat, ist das ältere seit zwei Jahren in ähnlicher Weise erkrankt; es leidet ausserdem an Epilepsie.

Die Combination von Chorea chron. mit Epilepsie scheint bei der vererbten Form häufiger zu sein; man unterscheidet eine polymorphe und eine gleichartige Vererbung. Vielleicht handelt es sich nur um die Vererbung einer molecularen Disposition.

301) **Remak** (Krankenvorstellung) stellt den 54jährigen Onkel der eben vorgestellten Patientin vor, welchen er seit October 1890 behandelt. Im August vorigen Jahres wurde er im Urban an Gelenkrheumatismus behandelt; schon damals machte er psychisch einen nicht intacten Eindruck; dort wurden die choreatischen Bewegungen auch beobachtet.

Der Vater des Patienten starb an Hämoptoe im 48. Jahre, die Mutter an der Cholera; beide waren nicht choreatisch; Patient ist der vorjüngste von sieben Geschwistern, von denen zwei choreatisch sind; acht Kinder des ältesten Bruders sind gesund. Patient war gesund bis zu seiner Militärzeit 1857—1859, wurde dann plötzlich epileptisch; später wiederholten sich die Anfälle in unregelmässigen Intervallen. Vor 26 Jahren hat er sich verheirathet. Seit 23 Jahren keine Anfälle; drei Kinder; ein 21jähriger Sohn ist gesund, zwei Kinder an Diphtheritis gestorben. Die Zuckungen sollen seit zehn Jahren bestehen und sich allmählich entwickelt haben; das Gedächtniss hat sich verschlechtert. Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt nichts Besonderes. Beim Sprechen nehmen die choreatischen Bewegungen zu; bei intendirten Bewegungen lassen sie nach. Der Gebrauch der Solut. Fowl. hat eine entschiedene Beruhigung bewirkt. —

Im Anschluss an diesen typischen Fall stellt R. einen zweiten vor, dessen Zugehörigkeit nicht ohne Weiteres plausibel ist:

$11^1/_2$jähriger Knabe; soll bis zum achten Jahre gesund gewesen sein;

im Alter von acht Jahren begann das rechte Bein sich allmählich einwärts zu drehen und die Zehen sich zu krümmen; später traten Zuckungen auf.

Damals wurde von Oppenheim in der Charité die Diagnose, „Athetose“ (?), gestellt; es wurde auch damals wegen der Contraction der einen Achillessehne die Tenotomie gemacht. Im November 1889 wurde Patient aus der Charité entlassen; October 1890 fing auch das linke Bein an, sich nach innen zu rollen und steif zu werden. Psychisch bis jetzt nichts Abnormes, die Handschrift zeigt nichts Besonderes.

Patient kann ohne Unterstützung gehen. Die Zehen befinden sich in einer dauernden Contracturstellung. In der Rückenlage sieht man, dass die linke Beckenhälfte gehoben ist, die linksseitigen Bauch- und Lendenmuskeln contrahirt sind; die passive Beweglichkeit des linken Hüftgelenks ist wesentlich gestört durch eine Contractur der Einwärtsroller und der Adductoren; die Sehnenphänomene sind nicht gesteigert. Es erinnert das Verhalten der Contracturen bezüglich der Sehnenphänomene an die Paralysis agitans. Der linke Fuss befindet sich in einer Equino-Varusstellung; die grossen Zehen sind dorsal flectirt; in der linken Wade ist eine geringe Atrophie in Folge der Tenotomie. Die Motilität ist nur so weit behindert, als Contracturen und Spasmen dies bedingen. Elektrisch nichts Besonderes.

Cerebrale Erscheinungen liegen nicht vor. Es handelt sich also um die primäre Form der Athetose, die sich hier auf die unteren Extremitäten beschränkt.

Der Vater des Patienten ist gesund; die Mutter soll schon seit zwölf Jahren Zuckungen im rechten Arm haben (ihre Mutter war gesund, ihr Vater melancholisch); seit fünf bis sechs Jahren erstrecken sich die Zuckungen auch auf den Hals; sie macht einen früh-senilen Eindruck. Es handelt sich bei der Mutter um eine progressive Form der Chorea.

Die enge Verwandtschaft der Chorea und Athetose ist zuerst von Bernhard hervorgehoben worden. Vortragender hat 99 Fälle von idiopathischer Chorea beobachtet; in 80 Fällen war keine nervöse Belastung nachweisbar; in 5 Fällen waren andere Familienmitglieder choreatisch; in 14 Fällen allgemeine nervöse Belastung.

Discussion. Mendel hat einen Fall von Ch. her. beobachtet, der an progressiver Paralyse zu Grunde ging. Das Cervicalmark war in diesem Falle auffallend stark ergriffen. Bei Versuchen an Hunden hat man durch Zerstörung des Cervicalmarkes choreatische Bewegungen hervorgebracht.

Moeli: Der Einfluss der willkürlichen Bewegungen auf die choreatischen Zuckungen zeigt sich auch in Fällen, die sehr weit vorgeschritten sind. M. hat einen Kranken beobachtet, der, als er schon gar nicht mehr gehen konnte, noch immer ganz hübsch zeichnete.

Senator glaubt, dass der zweite Remak'sche Fall mit der Huntington'schen Chorea wenig Aehnlichkeit hat, weil das spastische Element vorwiegt. S. hat vor Jahren einen ähnlichen Fall beobachtet. Westphal bezeichnete ihn als einen eigenthümlichen Fall von spastischer-choreatischer Paralyse.

Oppenheim hat den zweiten Patienten Remak's in einem sehr frühen Stadium zu sehen bekommen; er hatte damals nur eine Contractur der Wadenmuskulatur und leichte Spreiz- und Streckbewegungen der Zehen. Es wurde zuerst an Hysterie gedacht, weil der Magnet einen scheinbaren Nachlass der

Erscheinungen bewirkte. Im Uebrigen schliesst O. sich Senators Anschauung an.

Remak vertheidigt seine Diagnosen.

Gnauck bittet den Schluss der Discussion zu vertagen, da er das nächste Mal über einen einschlägigen Fall berichten möchte.

Koenig (Dalldorf).

---

## 71. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin

am 16. März 1891.

302) **A. Cramer** (Eberswalde): Ueber Kleinhirnatrophie. (Autorreferat.)

Präparat von 48jähriger Epilepsie, bei der die Anfälle seit dem 14. Lebensjahre bestanden. Die Anfälle begannen mit Zuckungen in den linken Extremitäten und hinterliessen öfters eine schlaffe Lähmung in den befallenen Gliedern. Die für eine Kleinhirnerkrankung fast charakteristischen Coordinationsstörungen fehlten und zwar anscheinend deshalb, weil der Mittellappen des Kleinhirns sich als intact erwies. Atrophisch war, wie schon makroskopisch ersichtlich, das linke Kleinhirn (und zwar um ein Drittel seines Volumens) und leicht, kaum bemerkbar, das rechte Grosshirn. Die atrophische Kleinhirnhälfte war in der Rinde in verschiedene Grade von Sklerose befallen, so dass stellenweise Purkinje'sche und Körner-Zellen wohlausgebildet vorhanden waren, stellenweise völlig fehlten und stellenweise endlich Stadien der pigmentösen Atrophie zeigten. Entsprechend dem Verhalten der Purkinje'schen Zellen verhielten sich die gröberen markhaltigen Fasern; sie waren überall da, wo noch Purkinje'sche Zellen sich nachweisen liessen, reichlich vorhanden, fehlten aber völlig, wo die Purkinje'schen Zellen fehlten, und waren entschieden in ihrem Auftreten von den Purkinje'schen Zellen abhängig.

Die gröberen markhaltigen Fasern im Mark des linken Kleinhirns bedeutend reducirt; es fand sich, wie auch an Stellen der Markstrahlung der Rinde, wo die Purkinje'schen Zellen fehlten, ein Filz feinster Fasern, der sich beträchtlich von dem locker bei einander liegenden Fasergewirr der rechten Seite abhob. Das Corp. dentat. sinist., auf die Hälfte seines Umfangs reducirt, hatte wenige in allen Stadien der Atrophie sich befindliche Zellen und war einfacher in seiner Zackenbildung als links. Der Bindearm war um ein Drittel verkleinert, ebenso der gekreuzte rothe Kern der Haube. Dabei war das Pulvinar des Thalamus opticus ausgesprochen atrophisch, so dass bei dem Fehlen jedweder anderen Erkrankungen im Grosshirn auf eine Beziehung zwischen Bindearm, rothem Kern und Pulvinar geschlossen werden konnte. Auch die Brückenarme der kranken Seite und das gekreuzte Brückengrau zeigten eine ausgesprochene Atrophie. Das linke Corpus restiforme war schon makroskopisch deutlich kleiner; von Atrophie befallen war ferner der Seitenstrangendtheil und Seitenstrangkern der kranken Seite, die Fibrae arcuatae extern. ant. (Edinger) der linken und der Kern des zarten Stranges der gekreuzten Seite, während die Fibrae arcuatae internae bald rechts, bald links mehr geschwunden schienen, und die Kerne des Keilstranges beiderseits mehr oder minder in ihrem Zellreichthum vermindert erschienen, ohne dass sich ein Unterschied zwischen rechts und links ergab. Ausgesprochen

atrophisch war ferner die gekreuzte Olive und bedeutend verringert die aus dem atrophischen Strickkörper zu ihr ziehenden Fasern. Bei den reinen Verhältnissen durfte dieser Befund als pathologisch-anatomischer Beleg dafür angesehen werden, dass das Corpus restiforme durch die Fibrae arcantae externae und die Olivenzwischenschicht mit den gekreuzten Hintersträngen, und zwar hauptsächlich mit dem zarten Kern, in Beziehungen tritt. Ausgesprochene Veränderungen an Schleife und Acusticus liessen sich nicht nachweisen.

Pathogenetisch ist interessant, dass der Process erst im späteren Leben, im 14. Jahre eingesetzt haben muss, weil die Schädelbasis vollständig symmetrisch ausgebildet war.

303) **Moeli** (Dalldorf) (Autorreferat) zeigt im Anschlusse daran Präparate des erwähnten Falles noch hochgradigerer einseitiger Kleinhirnatrophie, über den er bereits eine kurze Mittheilung gemacht (Naturforscher-Versammlung 1889). Es war derselbe mit Abflachung der rechten Hinterhauptgrube und grossem Hydrocephalus verbunden. Letzterer Umstand, der zu erheblichem Schwunde am rechten Scheitelhirn mit secundärer Degeneration der Pyramiden geführt hatte, erlaubte nicht mit Bestimmtheit eine sehr deutliche Atrophie der grauen Massen in der linken Brücke auf die Atrophie der gegenüberliegenden Kleinhirnhemisphäre zu beziehen. Nach dem analogen Befunde des Herrn Cramer bei gleichzeitiger Unversehrtheit des Grosshirns wird man diesen Zusammenhang auch für die sehr erhebliche Atrophie der Brückenkerne in Moeli's Falle annehmen dürfen. Die Atrophie ist auch im caudalen Brückentheile deutlich. Der Fall ist im Uebrigen in Bezug auf Atrophie der Kleinhirnverbindungen, des rothen Kerns, der Olive noch stärker ausgeprägt als der heute vorgetragene.

Es war ausserdem eine Abnahme der Fasern, welche den vorderen Acusticuskern durchsetzen, der Striae acust. und der Wurzelfaserung des Acusticus deutlich. Ein Zusammenhang dieser Atrophie der letztgenannten Theile und der des Kleinhirns war jedoch nicht sicher zu erschliessen. Das Corpus trapezoides ist auf der befallenen Seite viel dünner. Der gegenüberliegende untere Vierhügel leicht verkleinert, die Schleife etwas geringer; besonders aber die auf dem oberen Kleinhirnschenkel aufliegende, in dichten Bündeln sich um den Querschnitt desselben herumschlagende Faserung im velum med. ant. hochgradig geschwunden.

304) **Weber** (Dalldorf): Die Behandlung der Epilepsie mit Amylenhydrat. (Autorreferat.)

Der Wildermuth'schen Anregung, Amylenhydrat bei Epileptischen anzuwenden, folgend, berichtet Verfasser über 70 genau beobachtete Fälle, die sich auf beide Geschlechter ziemlich gleich vertheilten und Kranke betrafen, die sorgfältig ausgewählt waren. Regelmässigkeit der Anfälle und nächtliches Auftreten derselben wurde in erster Linie berücksichtigt, Epilepsie nach Trauma ausgeschlossen. Die Kranken litten ohne Ausnahme schon Jahre lang an Anfällen und boten alle Uebergänge der leichtesten Grade des Schwachsinns bis zu den schwereren Formen des Blödsinns dar. Die jüngsten waren 15 Jahre, die ältesten 50 Jahre alt.

Vor der Verabreichung des Amylenhydrats hatten alle Bromkali erhalten in kleineren und höheren Dosen. Zeichen von Bromismus war bei vielen vorhanden; doch constatirte Verfasser, dass bei der Prüfung des Gaumen-

reflexes dem Erloschensein desselben als Zeichen für Bromismus nicht die Bedeutung beizulegen ist, wie einige Autoren behaupten. Der Gaumenreflex wurde bei Leuten, die noch nie Bromkali genommen hatten, nicht ausgelöst, bei anderen, die lange Zeit hohe Dosen Bromkali erhielten, jedoch wachgerufen.

Ein Theil der psychisch für das neue Mittel nicht angeregten Kranken erhielt gleich von Anfang an hohe Dosen Amylenhydrat, bei dem anderen Theil wurden kleine Dosen gegeben und allmählich gestiegen. Die Dosis schwankte zwischen 2—8 gr tgl.

Bei vier Epileptischen musste das Mittel schon nach einigen Tagen ausgesetzt werden wegen Schläfrigkeit und starker Benommenheit der Patienten. Einige verweigerten die Annahme der Medicin wegen des schlechten Geschmacks. Die meisten nahmen es zwei bis drei Monate, wonach die Versuche beendet wurden.

Bei 80 % blieb die Anzahl der Krämpfe ungefähr die gleiche.

Bei 15 % wurde deutliche Zunahme der Anfälle constatirt, darunter drei status epileptici.

5 % zeigten eine Abnahme der Anfälle, ein Patient blieb ganz frei. Bei allen jedoch, mit Ausnahme des einen Patienten, der anfalls freiblieb, traten in den Vordergrund des Krankheitsbildes grobe Störungen des Allgemeinbefindens, welche sich in anhaltender Schläfrigkeit, starker Benommenheit und Verdauungsbeschwerden aller Art kund thaten. Diese Nebenwirkungen waren es hauptsächlich, welche der Weiterbehandlung mit Amylenhydrat, selbst wenn sie in Bezug auf Anfälle günstigere Resultate erzielt hätte, endlich Einhalt geboten.

Das Mittel als Clysma und subcutan gereicht, verfehlte ebenfalls seine Wirkung vollständig.

Bei zwei unter vier an Epil. noct. Leidenden wurde eine Verminderung der Anfälle constatirt. Die eine Patientin verfiel jedoch in stat. epil. und starb.

Da sämmtliche Patienten nach dem Aussetzen des Amylenhydrats wieder Bromkali erhielten und zwar in derselben Dosis wie früher, so stellte sich nach weiteren drei Monaten heraus, dass beim Vergleich der beiden Bromperioden, zwischen denen also die Behandlung mit Amylenhydrat liegt und welche beide drei Monate umfassen, die letztere in ihrer Wirkung bei 10 % der Fälle ein auffallend günstiges Resultat ergab. Die Anfälle verminderten sich während der drei Monate nach der Amylenhydratbehandlung um das Fünf- bis Sechsfache gegenüber der Zahl, die in den drei letzten Monaten vor dem Amylenhydrat festgestellt wurden.

Jedenfalls ein Umstand, der der Erwähnung verdient, für dessen Erklärung dem Verfasser aber der Schlüssel fehlt. Das Umgekehrte stellte sich bei 5 % heraus, wo die Anfälle sich etwas vermehrt hatten.

Am Schluss der Abhandlung hebt der Verfasser das Unbefriedigende der Versuche hervor; das Amylenhydrat verdiene den Namen eines Antiepilepticums nicht, die wenigen günstigen Resultate ständen nicht im Vergleich mit den vielen ungünstigen, ganz abgesehen von den üblen Nebenwirkungen, die bei allen Patienten mehr oder weniger hervortraten und schliesslich das Aussetzen des Mittels geboten. Ferner stimmten seine Erfahrungen über den Werth des Amylenhydrats überein mit denen, die auf der Jolly'schen Klinik in Strassburg und von Näcke (Hubertusburg) gemacht seien.

Discussion. Jastrowitz ist auch bei Anwendung des Amylenhydrats bei Epileptikern zu einem negativen Resultate gelangt. Da man nach dem günstigen Bericht des Herrn W. über die zweite Bromperiode zu der Meinung kommen könnte, dass Bromkali dann günstig wirke, wenn Amylenhydrat vorausgegangen, so wolle er nur bemerken, dass nach langjährigen Versuchen, die er in der Charité mit Bromkali gemacht habe, die Erfolge recht geringe gewesen sind; er möchte den Herrn Vortragenden fragen, wie lange er während der zweiten günstigen Bromkaliperiode beobachtet hat.

Jolly bestätigt die Erfahrungen des Vortragenden bezüglich des Amylenhydrats. Mit den Brompräparaten habe er etwas günstigere Erfahrungen gemacht als Herr Jastrowitz.

Weber: Die Patienten seien noch Monate lang beobachtet worden.

Jastrowitz: Es seien sehr grosse Perioden der Beobachtung nöthig, wenn man ein sicheres Urtheil gewinnen will. Auch bei der Bromtherapie kämen, nachdem die Anfälle eine Zeit lang unterdrückt oder ausgeblieben seien, Zeiten vor, in denen sie mit grösster Vehemenz hereinbrächen.

Zinn sen. hebt hervor, dass die eingehende ärztliche Beobachtung und Behandlung der Epilepsie gerade im gegenwärtigen Augenblicke besonders die Ueberzeugung festigen müsse, dass im Interesse des Kranken die volle uneingeschränkte Thätigkeit des Arztes und die selbstständige ärztliche Leitung der betreffenden Anstalten geboten sei.

---

# III. Referate und Kritiken.

305) **A. Diomidow**: Die Untersuchung der Nervengewebe im polarisirten Lichte. (Trudy obsubstva jestestnoispytatelei pri Kasanskom universitete.) Kasan 1890.

Verfasser gelangt durch seine Untersuchungen, auf deren Details einzugehen der Raum verbietet, zu folgenden Schlüssen, die wir mit des Verfassers eigenen Worten wiedergeben:

1) Der doppelbrechende Theil der Markscheide erscheint in optischer Beziehung einachsig; er besteht aus optisch positiven Stoffen, deren optische Achse eine radiale Richtung hat. Das eben Erwähnte gründet sich auf das unmittelbare Studium der thatsächlichen Lage der optischen Achse der Markscheide. Die widersprechenden Resultate G. Valentins über den negativen Charakter der Strahlenbrechung letzterer beruhen auf fehlerhafter Beobachtung. Die mit den unseren übereinstimmenden Resultate von Klebs waren ungenügend begründet und erschienen daher wenig überzeugend.

2) Irgend ein Abhängigkeitsverhältniss zwischen den doppelbrechenden Eigenschaften der Markscheide und der absoluten Grösse ihres Brechungsindex oder der ungleichmässigen mechanischen Ausdehnung ihrer einzelnen Theile besteht nicht. Als einzige Bedingung für die Erzeugung der doppelten Strahlenbrechung müssen wir die Eigenthümlichkeit ihres inneren

Baues ansehen, deutlicher gesagt, die Eigenthümlichkeit ihrer Zusammensetzung aus doppelbrechenden Stoffen cerebriner Mischung.

3) Die Eigenschaft der Nervenfasern, doppelte Strahlenbrechung zu zeigen, ist eine vitale Erscheinung.

4) Die Stoffe der cerebrinen Mischung erscheinen nach ihren optischen Eigenschaften und ihrem Verhalten zu den verschiedenen Reagentien und Einflüssen identisch mit den sog. chromoleptischen Stoffen, welche aus der Markscheide auf in Alkohol gehärteten Präparaten ausgeschieden werden. In frischem, oder in Müller'scher Flüssigkeit und doppelchromsauren Kalilösungen gehärtetem Nervengewebe bleiben diese Stoffe grösstentheils unausgeschieden in der Markscheide und verursachen durch ihre Anwesenheit die doppelte Strahlenbrechung.

5) In morphologischer Beziehung theilt sich die Markscheide in zwei Theile: einen äusseren doppelbrechenden und einen inneren einfachbrechenden. Der äussere zeichnet sich vor dem inneren auch durch sein Verhalten zur sauren Fuchsinfärbung aus, indem er durch dieselbe eine hellrothe Farbe erhält, während der innere Theil ungefärbt bleibt.

6) Die Untersuchung im polarisirenden Mikroskope gewährt die Möglichkeit, die Theilung der Markscheide in verschiedene Segmente in denjenigen Nervenfasern festzustellen, welche ihre vitalen Eigenschaften bewahrt haben.

7) Die doppelten Conturen der Markscheide werden durch die absolute Grösse ihres Brechungsindex bedingt und nicht durch ihren relativen Unterschied.

Die Arbeit ist im Laboratorium und unter Leitung von Prof. Bechterew entstanden. Buch (Willmanstrand).

---

306) **Mingazzini** (Rom): Intorno alle origini del N. Hypoglossus (Ursprung des Hypoglossus). Torino, 1891 Spandre e Lazzari (Sp.-Abdruck).

M. hat in der Sammlung der Münchener psychiatrischen Klinik Präparate von neugeborenen Kaninchen gefunden, denen der Hypoglossus auf einer Seite exstirpirt war, und von einer Katze, der auf einer Seite der Kern desselben Nerven vollkommen fehlte. Es ergab sich aus dem Befunde, dass die Wurzelfasern des Hypoglossus nur aus dem sogen. Hauptkern (Stilling) derselben Seite entspringen, dass die mehr ventral neben dem Wurzelverlauf in der Form. reticularis gelegenen Ganglienzellen somit nichts mit dem Hypoglossus zu thun haben, dass im Gebiet des Kerns Fasern von bogenförmigem Verlauf vorkommen, von denen eine dorsale Portion fehlt, wenn der Kern zu Grunde gegangen ist, dass eine den Kern medial und dorsal umkleidende Schicht feinster Fasern seine Zellen unter einander verbindet, und dass die untere Olive keine Beziehungen zum Hypoglossus hat. Kurella.

---

307) **O. Hebold** (Sorau): Der Faserverlauf im Sehnerven.
(Neurol. Centralbl. 1891, Nr. 6.)

Bei einem Paralytiker, bei welchem bei Lebzeiten Amaurose des linken Auges (Atrophia papillae) und Einengung des Gesichtsfeldes des rechten Auges nach rechts hin bestand, zeigte sich post mortem der linke Sehnerv atrophisch. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass im linken Optikus

sämmtliche Fasern zu Grunde gegangen waren, während sich im rechten Optikus zwei stärkere Faserbündel, die von einem degenerirten Hofe umgeben waren, abheben. Die Verfolgung der Degeneration centralwärts im Chiasma ergab (im Original näher beschriebene und gezeichnete) Bilder, welche den unumstösslichen Beweis lieferten, dass in jedem Nervus opticus Nervenfasern des Tractus derselben und der anderen Seite verlaufen, und zwar in geschlossenen Bündeln; das ungekreuzte Bündel liegt durchweg am äusseren Umfange des Optikusstammes, wie auch des Chiasma und des Tractus; das gekreuzte Bündel, welches im Sehnerven central liegt, liegt im Tractus ventral. Hoppe (Allenberg).

---

308) **Hamburger** (Amsterdam): Electriciteit opgewekt door de ademhaling. (Erzeugung von Electricität durch die Respiration.)

(Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde 1890. I. Nr. 24.)

Bringt man eine unpolarisirbare Elektrode auf die Basis, eine andere auf die Spitze des Herzens, so zeigt der Capillar-Elektrometer neben der durch die Systole bedingten Schwankung auch eine solche von längerer Periode, synchron der Respiration, die, wie Modificationen der Versuchsanordnung zeigten, ausschliesslich durch die Reibung der Lungen am Pericard bedingt sind. Da die so entwickelte elektromotorische Kraft nur $^{3}/_{1000}$ Volt beträgt, erscheint die von H. aufgeworfene Frage, ob diese Erscheinungen einen erregenden Einfluss auf die Athemnerven und damit auf die Selbststeuerung der Athmung haben, sich von selbst zu erledigen.

Kurella.

---

309) Dr. **Max Marckwald.** Die Bedeutung des Mittelhirns für die Athmung.

(Zeitschrift für Biologie, Bd. 26. N. F. 8.)

Marckwald, der seit einer Reihe von Jahren sich mit den Athembewegungen und deren Innervation beim Kaninchen beschäftigt hat, polemisirt gegen die von Langendorff und Loewy gegen seine Theorie erhobenen Einwände. Im weiteren Verlaufe seiner hochinteressanten und mit den subtilsten Experimenten unterstützten Arbeit theilt er eine neue Methode zur Ausschaltung bestimmter Hirnbezirke beim Kaninchen und der Katze mit. Er spritzt mittels einer mikrotechnischen Spritze eine blau gefärbte Mischung von Paraffin und Olivenöl in eine der Carotiden oder eine der A. vertebralis oder auch in beide. Mittels dieser Methode ist er im Stande, bestimmte Hirnbezirke auszuschalten. Zugleich erhält er in Folge des sofortigen Erstarrens der bei einer Temperatur von 43—45 $^{0}$ C. eingespritzten Massen sehr zierliche anatomische Bilder von der Vertheilung der Blutgefässe im Hirn. Die Summe seiner Untersuchungen gipfelt in folgender Erweiterung der früher von ihm vertheidigten Sätze:

Nächst den Vagi sind die Bahnen und Kerne der hinteren Vierhügel und diejenigen des sensiblen Trigeminuskerns für die Auslösung regelmässiger rhythmischer Athmung von grosser Bedeutung. Die Ganglien der hinteren Vierhügel besitzen einen natürlichen Tonus und sind im Stande, den Ausfall der Nervi vagi zu decken, wie die Nervi Vagi den Ausfall der hinteren Vierhügel ausgleichen. Nach Wegfall der hinteren Vierhügel erhält der Trigeminuskern einen Tonus und übt einen ordnenden Einfluss auf die unregelmässigen

Krämpfe des selbstthätigen Athemcentrums in der Weise aus, dass die Krämpfe wieder regelmässig rhythmisch werden. Peltesohn.

---

310) **Bechterew** (Kazan): K woprossu o funkcii moszhetschka. (Zur Frage nach den Kleinhirnfunctionen.) S.-Abdr. aus: Medizinskoje Obosrenije, Nr. 13—40. 1890. 7 S. gr. 8°.

B. wendet sich gegen die neuerdings von Gowers aufgestellte Hypothese, wonach die beiden zum Kleinhirn aufsteigenden Leitungsbahnen: Hinterstränge und directer Kleinhirn-S.-Str., im mittleren Kleinhirnlappen endeten, der ihre Impulse den motorischen Rindencentren übertrüge, und daneben einen regulatorischen Einfluss auf letztere und durch sie auf die Sehnenreflexe ausübe. B. betont dem gegenüber die Verbindung des Wurms mit den Seitenstrangkernen, die des Kleinhirns überhaupt mit dem Seitenstranggrundbündel durch gewisse Faserbündel des Brückenarms, die als centrifugale Verbindungen des Kleinhirns anzusehen sind, und die Verbindung des Nucl. tecti mit den oberen Oliven, gleichfalls eine centrifugale Bahn.

Eine directe Verbindung des Kleinhirns mit der Grosshirnrinde bestreitet B., ganz besonders aber für das mittlere Kleinhirn. Auch die Thatsache, dass in verschiedenen Thierklassen, bei denen Grosshirnabtragungen keine motorischen Störungen bedingen, solche sofort durch Kleinhirnverletzungen hervorgerufen werden können, spricht für motorische Innervation durch centrifugale Kleinhirnbahnen. Kurella.

---

311) **P. Michelson**: Ueber das Vorhandensein von Geschmacksempfindung im Kehlkopf. (Virchow's Archiv, Folge XII. Bd. III. H. III.)

Bekanntlich wurden die als Endorgane des Geschmacksnerven angesprochenen Geschmacksknospen Lovén's (Schmeckbecher Schwalbe's) nicht nur an den Papillen, sondern auch an den Zungenrändern, der sogen. Papilla foliata, an der vorderen Fläche des weichen Gaumens und an der Innenfläche des Kehldeckels nachgewiesen. Ja, selbst auf der Innenfläche der Cartilagines arytaenoid. wurden zahlreiche becherförmige Organe von Davis im Jahre 1877 gefunden.

M. untersuchte die Innenfläche des Kehldeckels bei 25 Personen mit Lösungen von Saccharin, Chinin und mit dem elektrischen Strom, und konnte in der Mehrzahl der Fälle eine deutliche Geschmacksempfindung nachweisen. Die Untersuchung der Schleimhaut der Aryknorpel auf Geschmacksperception wurde unterlassen (warum?).

Verfasser neigt sich der Ansicht zu, dass die Geschmacksempfindung von kleinen Ausläufern des Nervus glosso-pharyngeus herrührt, die entweder direct bis zum Innern des Kehldeckels verlaufen oder mit dem laryngeus medius, der aus dem plexus pharyngeus stammt und Aestchen des glossopharyngeus führen soll, dorthin gelangen. Referent glaubt, dass die Existenz eines Nervus laryngeus medius für den Menschen noch nicht nachgewiesen sei. Ferner weiss Referent, dass man die Empfindung des elektrischen Geschmacks durch Aufsetzen der Elektroden auf die Unterkieferäste auf das Deutlichste hervorrufen kann, ohne dass bisher daselbst Schmeckbecher nachgewiesen worden sind. Peltesohn.

---

312) **Zwaardemaker** (Amsterdam): En wet van ons gehoor. (Ein Gesetz unseres Gehörs.) (Nederlandsch Tijdschr. v. Geneeskunde 1890. II. Nr. 24.)

Z. hat in einer grösseren Reihe von Untersuchungen die obere Grenze der Tonempfindungen untersucht (mit Hülfe von Galton-Pfeifen und Klangstäben) und gefunden, dass der Gehörsumfang nach oben von der Kindheit an dauernd abnimmt, und zwar am rapidesten in den späteren Jahren und im Greisenalter. Parallel-Untersuchungen an pathologischen Fällen bestimmen Z. zu der Annahme, dass die Ursache dieser Abnahme weder in Veränderungen des Leitungssystems, noch in solchen innerhalb des Labyrinths zu suchen ist, sondern in dem allmäligen Fortfall der Knochenleitung für die Klänge der höheren Octaven. Kurella.

---

313) **Bechterew** (Kasan): Pribory k isledowaniu kolennych suchozhylnych refleksow. (Apparate zur Untersuchung des Kniereflexes.) (Wjestnik psichiatrij. 1891. Heft 2.)

B. hat einen Reflexometer und einen Reflexographen zur Darstellung des Kniephänomens construirt; ersterer besteht aus einem 110° umfassenden Kreisbogen aus Holz von 52 Centim. Radius, an dem der Ausschlag der Fussspitze, ohne weitere Markirung, abgelesen wird. Dazu gehört ein einfaches Stativ. Am Reflexographen setzt der Reflex einen leichten zweiarmigen Hebel in Bewegung, dessen Ausschlag durch zwei Marey'sche Trommeln aufgenommen und durch einen Schreibhebel auf eine rotirende Trommel registrirt wird. Wie die beigegebenen Curven zeigen, hat der Registrirapparat nicht unerhebliche Eigenschwingungen. Den Schlag auf das Ligam. patellae giebt ein Hammer, den eine Feder mit messbarer, variabler Kraft in Bewegung setzt, und dessen Construction eine elektrische Registrirung des Contacts mit der Sehne erlaubt. Kurella.

---

314) **N. N. Reformatsky**: Bericht über eine Epidemie von „Kriebelkrankheit" im Kreise Nolinsk des Gouvernements Wjätka. 1889—1890 (russisch).

Verfasser schildert den Verlauf einer schweren Epidemie von Rhaphanie in Folge von Mutterkornvergiftung August 1889 bis März 1890. Es erkrankten 2749 Personen, 921 Männer oder 33,5 %, 1056 Weiber oder 38,4 % und 772 Kinder oder 28,1 %. Von diesen starben 535 Personen, d. h. 19,42 %. Die Krankheit äusserte sich in Erbrechen, Durchfall, Schmerz in der Herzgrube oder dem ganzen Leibe, darauf folgte Kopfschmerz, Schwindel, allgemeine Schwäche oder Schlafsucht. Bisweilen traten Sehstörungen und zeitweilige Erblindung ein, zuletzt gewöhnlich Krämpfe, meist tonische. Auch Geistesstörungen wurden häufig beobachtet, sowie trophische Störungen, wie Ausfallen der Haare und Nägel.

Verfasser bespricht ferner die muthmasslichen Ursachen für das ungewöhnlich reichliche Auftreten von Mutterkorn im Getreide — in verschiedenen Roggenmehlproben fanden sich bis zu 27 % Mutterkorn —, sowie die von der Regierung ergriffenen Schutzmassregeln. Auch in Gerste und Hafer fand sich Mutterkorn, so dass auch die Hausthiere von der Epidemie zu leiden hatten. Buch (Willmanstrand).

---

315) **F. Siemens**: Vergiftung oder andere Todesursachen?
(Zeitschrift für Medicinalbeamte, Heft 7, April 1891.)

1) Vergiftung oder Kopfverletzung? Die gerichtliche Section eines acht Monate alten Kindes, das ohne ärztliche Behandlung verstorben war und über dessen Krankheitserscheinungen nur widersprechende Angaben vorlagen, ergab in den wesentlichen Punkten: „Rechte Pupille weiter, als die linke, doch nicht über mittelweit"; Zertrümmerung des Schädels unterhalb und links vom Hinterhauptshöcker mit Knochenbrüchen bis in das rechte Felsenbein; überall in den Schädelhöhlen Blut; Gehirnwindungen rechts abgeflacht. Aus dem Bericht des gerichtlichen Chemikers ist hervorzuheben: Im Speisebrei vierzehn Samenkörner von Stechapfel im Gewicht von 0,0786 gr. nach dem Trocknen; insbesondere im Harn sind pupillenerweiternde Alcaloide vorhanden. Das Obergutachten erklärt entgegen dem Gutachten der Obducenten die Schädelverletzung und nicht eine Vergiftung als Todesursache. Nach den aus der Literatur bekannten Fällen führt erst eine erheblich grössere Menge von Stechapfelsamen den Tod herbei, als in dem vorliegenden Falle vorgefunden ist. Andererseits genügen 0,006 gr. Atropin, um die Pupillen zu erweitern.

2) Morphiumvergiftung oder innere Krankheit? Eine 60-jährige schwächliche, an Husten und Herzklopfen leidende Alkoholistin nahm Morgens 7 Uhr nüchtern eine nicht mehr sicher zu bestimmende Menge (etwa ein Theelöffel von 0,3 : 15,0) Morphium, das für eine andere Kranke verschrieben war, gegen Husten ein. Sie beschäftigte sich im Hause, bis sich um 10 Uhr Schlaf, dann tiefe Bewusstlosigkeit und um 4 Uhr der Tod trotz Anwendung von Excitantien und Atropin einstellte. Die Pupillen wurden in vita nicht untersucht. Die Section ergab: Weite Pupillen; im Mageninhalt kein Morphium nachweisbar; Herz mit dicker Fettschicht umlagert, Klappen schlussfähig; Wandung des Aortenbogens „auffallend weit und stark"; Hyperæmie des Gehirns. — Während die Obducenten eine Morphiumvergiftung annahmen, erklärt das Obergutachten eine solche nicht als erwiesen, einmal, weil eine grössere Morphiumdose, zumal bei leerem Magen, nicht erst nach drei Stunden Vergiftungserscheinungen verursachte; die Untersuchung des Mageninhalts würde alsdann auch nicht negativ ausgefallen sein. Als Trinkerin vertrug sie jedenfalls Alcaloide gut. Der Sectionsbefund bietet keinen positiven Beweis für die Vergiftung; die Gehirnhyperæmie kann als Folge des Alkoholismus erklärt werden. Das Obergutachten nimmt Herzschwäche als Todesursache an. Ofterdinger (Rellingen).

---

316) **Straub** (Utrecht): Een geval van verlamming van het convergentievermogen. (Fall von Convergenzlähmung.)
(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1891. I. Nr. 9.)

Ein 39jähriger Unterofficier erkrankt plötzlich unter Doppelsehen, allmälig tritt, bei freien Pupillen, Lähmung beider Oculomotorii mit Ptose ein. Besserung unter Mercur- und Jodkaligebrauch. Ein halbes Jahr nach Beginn der Erkrankung besteht nur noch Convergenzparese, während die übrigen Augenbewegungen und die Accommodation intact sind. Die Grenze der Convergenz besteht bei 2 Meter Abstand, näher gelegene Objecte geben gekreuzte Doppelbilder. Einige Literaturangaben vervollständigen die kurze Mittheilung. Kurella.

---

317) **C. Delprat** (Amsterdam): Centrale, dubbelzijdige Facialis-Parese.
(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. 1890. II. Nr. 22.)

Ein 16jähriges Mädchen zeigt seit dem dritten Jahre, nach einer acuten Krankheit, ungleiche Gesichtshälften. Links: Atrophie und Parese des M. frontalis, Parese der Nasenmuskeln, einzelner Mundmuskeln; dagegen ist der linke m. zygomaticus major frei, es besteht und bestand auch früher kein Lagophthalmus. Dabei ist der rechte zygomat. maj. willkürlich fast gar nicht, reflectorisch energisch, elektrisch nur mit starken Reizen (4,5 M. A. An S Z, 10 An O Z) zur Contraction zu bringen. Es reagirt also im Gebiet des paretischen Facialis der gleiche Muskel gut, der im Gebiet des gesunden Facialis paretisch erscheint. D. nimmt einen centralen Ursprung dieser Erscheinungen, ein doppelseitiges primäres oder durch eine Degeneration bedingtes secundäres Kernleiden an, das diese merkwürdige Differenz bedingte. Kurella.

---

318) **Hujsman** (Utrecht): Paralysis N. laryngei recurrentis completa et ptosis sympathico-paralytica traumatica..
(Wekbl. v. h. Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. 1890. II. Nr. 26.)

Messerstich rechts etwas seitlich von und genau in der Höhe der Incisura thyreoidea; schneller Wundverlauf, keine weiteren Störungen bis auf geringe Heiserkeit, mässige Schluckbeschwerden und Ptose. Dreizehn Wochen später: Hemiplegia laryngis dextr. completa, Puls und Respiration normal; rechte Pupille verengt, von träger Reaction, rechter Bulbus liegt etwas zurück, geringe Ptosis rechts. Jochbeingegend rechts lebhafter roth als links. H. nimmt Läsion des r. Vagus und r. Halssympathicus durch das Messer an, und zwar eine Läsion der Recurrens-Fasern des Vagus. Kurella.

---

319) **L. Bruns** (Hannover): Isolirte Lähmung des linken Flexor pollicis longus durch Ueberanstrengung (Trommlerlähmung).
(Neurol. Centralbl. 1890, Nr. 12.)

320) **L. Bruns**: Zur Pathologie der Trommlerlähmung.
(Neurol. Centralbl. 1891, Nr. 4.)

Zu den bisher bekannten, durch Ueberanstrengung gewisser Muskelgruppen herbeigeführten Lähmungen (Arbeitsparesen) der Cigarrenwickler und Melker fügt B. die Trommlerlähmung. Dieselbe ist bisher nur, wie B. in seiner zweiten Mittheilung nachträglich anführt, in den wenig zugänglichen Sanitätsberichten von 1881—1882 (drei Fälle) und von 1384—1888 (acht Fälle) beschrieben worden.

In der ersten Mittheilung beschreibt B. einen Fall von isolirter Lähmung des linken Flexor pollicis longus bei einem sonst gesunden Tambour, welcher November 1888 eingestellt, seit October 1889 täglich mehrere Stunden ohne Unterbrechung Trommelübungen hatte. Seit Anfang März zeitweilig leichte, wenig beachtete Schmerzen im linken Unterarm und linken Daumenballen, Mitte März bei der Uebung plötzliche Lähmung des linken Daumens; die Endphalange konnte sich activ nicht beugen und setzte passiven Streckbewegungen keinen Widerstand entgegen. Bei gestreckter Endphalange konnte der Tambour zwar kleine Gegenstände zwischen der Kuppe des Daumens und den übrigen Fingern, aber nicht den Tambourstock festhalten.

Der linke Flexor pollicis longus von seinem Muskelpunkte weder galvanisch noch faradisch zu erregen; bei Reizung des Medianus blieb die Endphalange des linken Daumens in Streckstellung; alle übrigen Muskeln reagirten. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Schmerzen. — Beim Trommeln wird, wie B. näher ausführt, der linke Daumen (der Trommelstock wird hier zwischen Daumen und Metaphalange des Zeigefingers eingeklemmt und geht durch leichte Pronations- und Supinationsbewegungen zum Trommelfell und zurück) und besonders der linke Flexor pollicis longus angestrengt, welcher die Endphalange in starke Beugestellung bringt, so dass sie sich wie ein Haken um den Trommelstock herumschlägt und sein Entschlüpfen nach den Fingerspitzen zu verhindert. Während aber B. in seiner ersten Mittheilung geneigt war, die isolirte Lähmung des Flexor pollicis longus als Charakteristicum für die Trommlerlähmung anzusehen, kommt er in seiner zweiten Mittheilung auf Grund der in den Sanitätsberichten erwähnten Fälle, bei denen nur einmal eine isolirte Lähmung dieses Muskels, im Uebrigen aber Lähmungen des Abductor pollicis und der Extensoren, manchmal mit Muskelschwund beobachtet wurde, von seiner Meinung zurück. B. definirt die Trommlerlähmung nunmehr als „eine Arbeitsparese, welche den beim Trommeln besonders überangestrengten linken Daumen betrifft. Welche Muskeln im einzelnen Falle ergriffen werden, hängt wohl von individuellen Umständen ab; öfters sind es nur die Extensoren, manchmal der lange Beuger allein, nicht selten so ziemlich alle Muskeln, die den Daumen bewegen".

Von den in den Sanitätsberichten erwähnten Fällen kam es nur in einem zur Heilung; in dem von B. beschriebenen Falle wurde durch Elektricität und Massage eine leichte Besserung erzielt.

Hoppe (Allenberg).

---

321) **W. Salomonson** (Amsterdam): Over het ontbreken van den Patellair-Reflex bij Diabetes Mellitus. (Fehlen des Kniephänomens bei Diabetes.)
(Weekblad v. h. Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. 1890. I. Nr. 11.)

Ein 18jähriges Mädchen leidet an Glykosurie, Muskelschwäche der unteren Extremitäten, Parästhesien, schiessenden Schmerzen in den Beinen, Verminderung der oberflächlichen Reflexe, Andeutung von Ataxie, Cataract; Sensibiltät, Gang, Pupillen, Sehnerv, Sphincteren normal. Die N. peroneus, cruralis und ischiadicus sind nur durch die stärksten faradischen Reize erregbar, ebenso die von ihnen innervirten Muskeln. Galvanische Erregbarkeit in diesen Gebieten gleichfalls stark herabgesetzt. (Am N. peroneus Ka. S. Z. bei 5,5 M. A.); die Muskeln contrahiren sich träge, fast wurmförmig. S. erklärt das Fortbleiben des Kniephänomens in diesem Falle als ein Symptom der Polyneuritis, die er in Zusammenhang mit dem bestehenden Diabetes bringt.

Kurella.

---

322) **J. Pal**: Ueber multiple Neuritis. Samml. medic. Schriften. Wien 1891. I. Th. 62 S.

Auf Grundlage einer grösseren Anzahl von eigenen Beobachtungen, theilweise auch mit Sectionsbefund, hat der Verfasser die Lehre von der multiplen Neuritis einer genauen Durcharbeitung unterzogen; die Erfahrungen auf diesem Gebiete sind ja bisher noch nicht genügend gewesen, um eine völlige Klärung vieler diesbezüglichen fraglichen Punkte zu ermöglichen. —

Eingeleitet wird die Monographie durch eine geschichtliche Darstellung des Gegenstandes, während ein sehr genaues und umfangreiches Literaturverzeichniss (14 Seiten) den Beschluss macht.

Ausführlicher mitgetheilt werden acht von den eigenen Fällen, welchen ein besonderes klinisches oder anatomisches Interesse zukommt. Es sind dies durchwegs Fälle, welche entweder zur Obduction oder zur Heilung gelangt sind. Von vier Fällen liegt der eingehende Sectionsbefund vor, eine in Lichtdruck hübsch ausgeführte Tafel giebt ein deutliches Bild der vorgefundenen degenerativen Veränderungen im Rückenmarke.

Bezüglich dieser letzteren ergab es sich, dass die multiple Neuritis, unabhängig von Erkrankungen der Vorderhornzellen, sehr häufig als selbständige Affection des peripheren Nervensystems vorkommt; in anderen Fällen kann aber im Verlaufe dieser Krankheit auch der Centralapparat, insonderheit das Rückenmark erkranken und zwar entweder in der Form von secundären, durch die Noxe herbeigeführten Störungen (Blutungen) oder aber als herdweise Degenerationen des Rückenmarkes. Diese letzteren sind zwar vorwiegend symmetrische, können aber nahezu alle Gebiete des Rückenmarksquerschnittes im Bereiche der weissen Substanz befallen; die strangartige Abgrenzung der Degenerationsbezirke wird keineswegs immer festgehalten. — Es handelt sich also dabei nicht um eine Systemerkrankung, sondern um eine herdweise Degeneration, und es spricht dieser Umstand dafür, dass die Nervenfasern des Rückenmarkes bei der polyneuritischen Affection in gleicher Weise erkranken können, wie die peripheren Nerven.

Vom klinischen Standpunkte interessant sind einige Thatsachen, die sich auf die sogenannten latenten Neuritiden, wie sie bei kachektischen, tuberculösen Individuen beobachtet werden, beziehen. Die Degeneration der Nerven macht sich in solchen Fällen wiederholt nur durch auf andere Art nicht zu erklärende Oedeme in der Gegend der Sprunggelenke und durch Herabsetzung der faradocutanen Sensibilität bemerkbar.

Obersteiner.

---

323) **Mendel**: Ein Fall von amyotrophischer Lateralsklerose. Vortrag in der Hufeland'schen Gesellschaft am 20. Nov. 1890.

(Berl. Kl. Wochenschr. 1891, Nr. 7.)

Angeblich nach einer schweren Influenza entwickelten sich bei der 37jährigen Frau die ersten Symptome. Die augenblicklichen Symptome sind: hochgradige Schwäche beider Arme, Atrophie aller Hand- und Armmuskeln, Schwächesymptome an den Beinen ohne Atrophie, sehr starke Patellarreflexe und Fussklonus beiderseits. Ausserdem besteht rasche Sprache, Schwäche im Gebiete des mittleren Facialisastes, Atrophie an den Lippen, an der Zungenwurzel etc.; Schlucken zeitweise erschwert; keine Sensibilitätsstörungen.

Hoppe (Allenberg).

---

324) **Bechterew** (Kasan): O porazhenii konussa i chwosta spinnawa mosga. (Erkrankung des conus medullaris und der cauda equina.)

(Wratsch. 1890. Nr. 43. Sep.-Abdruck.)

B. giebt eine Zusammenstellung aller bisher publicirten (12) Fälle von Affectionen des Rückenmark-Endes, theilt einen eigenen Fall mit (der wahrscheinlich auf Syphilis zurückzuführen ist) und giebt dann ein Bild der

Krankheit auf Grund des ganzen Materials, wobei er betont, dass in acuten Fällen von vornherein eine complete Paralyse und Anästhesie beider unteren Extremitäten neben den auf die cauda equina zu beziehenden Symptomen bestehen kann; constant und von Anfang an bestehen Blasen- und Mastdarmstörung, meist auch Impotenz, stets Anästhesie der Nates, des Damms, der Genitalien. Aetiologisch kommen, neben dem Fall nach hinten, noch Lues und Tumoren in Betracht. Kurella.

---

325) **Déjerine et Taillant**: Sur l'existence d'une dissociation de la sensibilité thermique (froid et chaud) dans la syringomyélie.

(Médecine moderne, n. 6, p. 91, 1891. Mitgetheilt in den Ann. de Médec., 15. Avril 1891.)

Die Sensibilität für Berührung, Schmerz und Temperaturen von $-8^0$ bis $+15^0$ war bei dem Kranken am Gesicht, dem Rumpf und den Extremitäten durchaus normal. Am Rumpf, Hals und den oberen Extremitäten wurde die Berührung, aber nicht die Temperatur eines auf $-20^0$ abgekühlten Gegenstandes wahrgenommen, während im Gesicht und den unteren Extremitäten die Kälte empfunden wurde. An den Händen und den Vorderarmen konnte man mit 90—95° heissem Wasser Erythem und selbst Brandblasen hervorrufen, ohne dass der Kranke die Hitze gefühlt hätte.

Bei der Autopsie fand man ausser einem innen hohlen medullaren Gliom parenchymatöse Entzündung der Hautnerven der Hände.

Der Fall ist interessant nicht allein wegen des Verhaltens des Kranken thermischen Reizen gegenüber, sondern auch, weil sich daraus das Vorhandensein besonderer Rückenmarksfasern für Hitze und Frost ergiebt.

Ofterdinger (Bellingen).

---

326) **N. Schönthal** (Heidelberg): Beitrag zur Symptomatologie der Hirntumoren. (Aus der psychiatrischen Klinik.)

(Berl. Kl. Wochenschr. 1891, Nr. 10.)

S. beschreibt einen sehr interessanten Fall von Hirngliom, welcher das Krankheitsbild der Hysterie vortäuschte.

Ein 19jähriger hereditär belasteter Kaufmann hatte im neunten Lebensmonat an Krämpfen gelitten, welche erst im fünften Lebensjahre von Neuem wieder aufgetreten, von den Aerzten als epileptische bezeichnet worden waren und die Intelligenz angeblich ungestört gelassen hatten. Von jeher reizbar und eigenthümlich wurde er von der Familie sehr geschont. Im Geschäft (mit 15 Jahren) sehr tüchtig. Gelegentlich der Hochzeit einer Schwester begann zwei Monate vor der Aufnahme ein heftiger Erregungszustand, in welchem gehäufte Krampfanfälle von ausgesprochen hystero-epileptischer Natur, verbunden mit Angstanfällen und Hallucinationen, auftraten. Dabei aggressiv, zeitweise tob- und selbstmordsüchtig. Die Krampfanfälle setzten gewöhnlich auf psychische Anlässe ein, begannen mit Respirationskrämpfen, zeigten ein sehr wechselndes Bild, verliefen ohne Bewusstseinsverlust und gingen häufig mit Wein- und Lachkrämpfen einher. Im Uebrigen manirirtes, wichtigthuerisches, weinerliches, klagsames Wesen. Wiederholte Angstanfälle, Hallucinationen beängstigenden und beschimpfenden Inhalts, unter welchen sich die Erregung steigerte, und verminderte, zeitweise ganz ausgesetzte Nahrungsaufnahme. Unter diesen Symptomen zunehmender Marasmus und Exitus durch Schluckpneumonie.

Die Section ergab ein etwa haselnussgrosses, nicht ganz scharf umschriebenes, bräunlich gefärbtes, von zahlreichen ektatischen Gefässen durchzogenes, mit ungemein vielen, frischeren und älteren Hämorrhagien durchsetztes und zum Theil necrotisch zerfallenes Gliom im Stabkranz des linken Frontallappens. S. nimmt an, dass die jedenfalls seit frühester Kindheit bestehende Neubildung bei langsamem Wachsthum die schon frühzeitig aufgetretenen epileptiformen Anfälle veranlasst, und dass später die in die gefässreiche Neubildung erfolgten Fluxionen und Hämorrhagien Anlass zu den stürmischen, mit Exacerbationen und Remissionen verlaufenden Reizerscheinungen der letzten Zeit gegeben haben. Hoppe (Allenberg).

---

327) **C. A. Ewald** (Berlin): Ein Fall von Hirntuberkeln mit Zwangsbewegung. (Berl. Kl. Wochenschr. 1891, Nr. 10.)

Ein siebenjähriger Knabe, der sich körperlich und geistig gut entwickelt hatte, erkrankte plötzlich am 2. Dec. 1889 unter den Zeichen hochgradiger Verwirrtheit. Nach einigen Tagen besserte sich der Zustand etwas, und das anfänglich hohe Fieber ging zurück. Am 9. Dec. traten Zuckungen in der linken Schulter und im linken Arm ein, zusammen mit einer lähmungsartigen Schwäche, besonders in der linken Hand, und einem Schwächerwerden des linken Beines, welches beim Gehen nachschleppte. Gleichzeitig magerte der Knabe rapide ab und wurde zusehends störrisch und misslaunig. Bei der Aufnahme ins Augusta-Hospital in der zweiten Hälfte des Decembers war der Knabe fast skeletartig mager. Die Lähmungserscheinungen der linken Seite hatten zugenommen; dabei bestanden klonische Zuckungen von athetoseartigem Charakter in den Fingern, im Handgelenk und im Unterarm, welche des Nachts cessirten und am Tage meist nur bei intendirten Bewegungen oder Erschütterungen des Körpers auftraten. Elektrische Erregbarkeit auf beiden Seiten gleich gut, links nur eine geringe Abschwächung für den constanten Strom; keine Ea. R. Linker Facialis leicht paretisch. Auffallend waren die eigenthümlichen Zwangsbewegungen im linken Arm, welcher, losgelassen, bei gestrecktem Ellenbogengelenk langsam nach hinten fuhr und in der Mittelstellung zwischen Pro- und Supination in einem Winkel von 45 $^0$ vom Rücken abstand. Diese Zwangsbewegungen gingen schneller vor sich, wenn der rechte Arm gleichzeitig eine Bewegung ausführte, und blieben bis zu dem unter hektischem Fieber am 18. Febr. 1890 erfolgenden Tode bestehen. Die Diagnose war auf disseminirte oder solitäre Hirntuberkeln gestellt worden, deren Sitz nicht genauer localisirt, aber derartig beschränkt wurde, dass eine Läsion irgendwo im Bereich des Fasersystems von der Rinde herab durch die innere Kapsel bis zum Pons hinunter angenommen wurde. Die Section ergab ausser Miliartuberkeln in Lungen, Leber und Darm 1) einen Tuberkel von 1 und 2 cm Durchmesser im rechten Sehhügel, welcher den unteren und medialen Abschnitt einnahm, an der Basis den rechten Hirnschenkel und rechten Tractus opt. etwas nach hinten drängte und von einem gerötheten, den hinteren Schenkel der inneren Kapsel einbegreifenden Ringe umgeben war, 2) mehrere disseminirte Tuberkel bis 1 cm Durchmesser in den Hemisphären, einer dicht unter der Rinde der linken hinteren Centralwindung. Hoppe (Allenberg).

---

328) **A. Pick** (Prag): Zur Lehre von der Dyslexie.
(Neurol. Centralbl. 1891, Nr. 5.)

P. sucht nachzuweisen, dass das Symptomenbild der Dyslexie mit dem Symptomenbild des namentlich bei Pferden beobachteten intermittirenden Hinkens in eine Reihe zu stellen ist. Bei der Dyslexie tritt schon nach dem (im Uebrigen correcten) Lesen weniger Worte eine Erschwerung resp. Unmöglichkeit zu lesen ein, die von peinlichen Empfindungen begleitet ist, nach kurzer Pause wieder schwindet, um bei jedem erneuerten Versuche in gleicher Weise wieder aufzutreten; beim intermittirenden Hinken tritt ebenso nach kurzem Marsche eine schmerzhafte Schwäche resp. Unfähigkeit zum Gehen ein, welche nach einer Ruhe von einigen Minuten schwindet, um bei der Aufnahme des Marsches wieder einzutreten. Grösser noch ist die Analogie mit dem intermittirenden Hinken bei der in einem Falle von Dyslexie (Bruns) beobachteten Schreibstörung. Während die Spontanschrift nichts Besonderes bot, wurde beim Nachschreiben die Schrift bald undeutlich („wie mit dem Besenstiel geschrieben"), der Arm wurde immer steifer, und zuletzt entfiel die Feder der Hand. — Ausserdem weist P. noch auf die Uebereinstimmung in der pathologisch-anatomischen Grundlage beider Symptomencomplexe hin: bei der Dyslexie schwere, zumeist durch Erkrankung (Obliteration) der Gefässe bedingte Hirnaffectionen, beim intermittirenden Hinken beginnende Obliteration der Extremitätenarterien. Hoppe (Allenberg).

---

329) **Kramer** (Prag): Ueber hysterisches Stottern.
(Prager med. Wochenschrift. 1891. Nr. 14.)

Eine 26jährige Dienstmagd, hektisch und dem Trunke ergeben, bekommt im Anschluss an einen hystelischen Krampfanfall eine ganz kurze Zeit anhaltende Sprachlosigkeit. Hierauf ist sie nur im Stande, die Silbe „ma" hervorzubringen, später kann die Patientin wieder sprechen, aber in einer eigenthümlich krampfhaften Manier, die ein Mittelding zwischen krampfhaftem Buchstabiren und Stottern ist. Dabei ist die Zunge schwer beweglich, das Lesen ist mit Schwierigkeiten verbunden, und die Patientin hat das Gefühl, als ob ihre Zunge von Blech wäre. Nach anderthalb Tagen trat eine successive Besserung ein. Nach einer Chloroformnarkose erscheint das alte Krankheitsbild mit allen seinen Abstufungen wieder, läuft aber innerhalb sechs Stunden ab.

Uebrigens befand sich daneben rechtsseitige Hemianästhesie und Ovarie, Contractur des rechten Beines, Parese des rechten Armes, Amblyopsie und concentrische Einengung des Gesichtsfeldes auf beiden Seiten.

Peltesohn.

---

330) **Mordhorst**: Zur Behandlung der Ischias und anderer Neuralgien.
(Therap. Monatshefte 1890, Juni.)

Verfasser, der in allen Fällen von Neuralgien eine Neuritis annimmt, lässt nach Bädern von 27 ° seine Massirelectrode anwenden, Kathode 100 qcm am foramen ischiadicum und zwischen Trochanter major und tuber ischii, 5—10 Milliampère, Anode als Massirelectrode auf dem Nerv. central fortbewegt. An Stellen, wo eine auch in den Dimensionen kleinere Massirelectrode sich nicht anschmiegt, benutzt M. statt dessen die mit Waschleder überzogenen Finger. Rohden (Oeynhausen).

---

331) **John Homans und George L. Walton** (Massachusetts General Hospital): A Case of successful trephining for subdural haemorrhage produced by contre-coup. (Ein Fall von erfolgreicher Trepanation wegen subduraler Blutung in Folge von Contre-Coup.)

(Abdruck aus dem Boston Medical and Surgical Journal of February 12, 1891. Boston.)

Ein 28jähriger Kellner wurde mit einer Verletzung der Kopfhaut und einem Bluterguss in der Gegend der Mitte der Naht zwischen rechtem Seitenwand- und Hinterhauptbein ins Hospital gebracht. Er war nur vorübergehend bewusstlos, der Puls war langsam und voll, kein Bluterguss aus Nase und Ohr, keine Lähmung. Am vierten Tage war Patient fast comatös, und man constatirte Aphasie. Am neuten Tage ausser der Aphasie Zuckungen im rechten Facialgebiet. Am elften Tage nach der Verletzung Auftreten der Zuckungen im Zwischenraume von 10—15 Minuten. Noch am selben Nachmittage gingen die Zuckungen zunächst auf die rechtsseitigen, später auch auf die linksseitigen Extremitäten über. Die Diagnose wurde auf einen Bluterguss am unteren Ende der linken Rolandi'schen Furche gestellt und ein sofortiges Vorgehen beschlossen.

Die Operation, welche in Aethernarkose vorgenommen wurde, ergab ein der Diagnose entsprechendes Resultat. Knochen unverletzt, Dura verfärbt, unter derselben Blutgerinnsel, welches nach Vergrösserung der Trepanöffnung mit abgerissenen Stücken von Hirnsubstanz entfernt wurde, sowie ein kleines subpiales Blutgerinnsel.

Der Wundverlauf war ein günstiger. Nach Ablauf von vier Wochen wurde festgestellt, dass Patient über jeden Gegenstand frei sprechen konnte, nur ab und zu falsche Worte brauchte. Die Zuckungen waren, abgesehen von den ersten Tagen nach der Operation, nicht wieder aufgetreten. Das Allgemeinbefinden des Patienten wurde später vorübergehend durch eine in der Gegend der Operationswunde entstandene eiterige Entzündung gestört.

Ascher.

---

332) **Guldenarm, Huysman, Winkler** (Utrecht): Bydrage tot de Hersen Chirurgie.

(Weekbl. v. h. Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde. 1890. I. Nr. 25.)

Bei einem Patienten, der neben verschiedenen, in ihrer Bedeutung als Heerdsymptome sehr vieldeutigen Erscheinungen, deutlich die Allgemeinerscheinungen des Hirnabscesses, und zwar in Folge von Otitis media und Felsenbeincaries zeigt, führt die Trepanation zur Drainage eines grossen Abscesses unter dem Cerebellum. Nach Heilung der Operationswunde treten binnen drei Wochen neue Allgemeinsymptome und plötzlicher Tod auf in Folge eines in der Ventrikel durchgebrochenen Schläfenlappenabscesses; daneben zeigte die Section einen bohnengrossen Abscess im Kleinhirnmark. Die Einzelheiten der Arbeit illustriren die Schwierigkeit, den Sitz von Hirnabscessen zu diagnosticiren, und zeigen, wie bedenklich es ist, bei Felsenbeincaries nur einen ganz bestimmt begrenzten abscedirenden Heerd anzunehmen und daraufhin zu operiren.

Kurella.

---

333) **J. Niermeyer**: De constante stroom bij de behandeling van epilepsie. (Der constante Strom bei der Behandlung der Epilepsie.)

(Weekbl. v. h. Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde. 1890. I. p. 461.)

N. hat in sechs Fällen durch länger dauernde Galvanisation der Centralwindungen mit Strömen von 3—5 M. A., während der Behandlung erhebliche Besserung idiopathischer Epilepsie, in einem Falle vollständige Heilung, in zweien ungewöhnliche, jahrelang nach Aussetzen der Behandlung andauernde Besserung erzielt. Kurella.

---

334) **W. Salomonson**: Geleidingsweerstand van het menschelijk lichaam tegenover den faradischen en den galvanischen stroom.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. 1890. I. p. 537.)

S. erklärt auf Grund einiger Experimente und rechnerischer Erwägungen die Thatsache, dass der Leitungswiderstand des menschlichen Körpers gegenüber dem faradischen Strom grösser erscheine als gegenüber dem galvanischen, dadurch, dass die in der Leitung des faradischen Stroms auftretende Selbstinduction bei der kurzen Dauer dieses Stroms letzteren nicht seine volle Intensität erreichen lässt. S. betont daneben, dass das Potential-Gefäll an den Elektroden bei constantem Widerstande sehr verschieden ausfallen kann, je nach der Art der widerstehenden Medien, und dass mit der Potential-Differenz die physiologische Wirkung sich ändert. Kurella.

---

335) **Zwaardemaker** (Amsterdam). Weerstandsvereffening voor Inductie-Stroomen. (Widerstandscompensation bei faradischen Strömen.)

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. 1890. II. Nr. 12.)

Z. giebt einen Apparat an, der im wesentlichen auf die Wheatstone'sche Brücke zurückgeht. Der Apparat enthält drei constante Widerstände von je 50, 5000 und 50 Ohm; in die eine Diagonale der Brücke ist ein Telephon, in die andere die secundäre Rolle eingeschaltet; ein Graphit-Rheostat dient dazu, den Widerstand des Stromzweigs, der den menschlichen Körper enthält, auf 5000 Ohm zu bringen; der Augenblick, wo dies geschieht, wird durch Schweigen des Telephons bezeichnet. Damit ist zugleich auch der Widerstand des Körpers gegen den faradischen Strom gemessen.

Die Resultate der so angestellten Messungen, besonders auch mit Rücksicht auf Differenzen der farado-cutanen Erregbarkeit, stehen noch aus.

Kurella.

---

336) **Frey und Windscheid**: Der faradische Leitungswiderstand des menschlichen Körpers.

(Neurolog. Centralblatt. 15. Mai 1891. Nr. 10.)

Die Verfasser messen den Widerstand durch Compensirung eines ein Telephon erregenden Stroms in der Wheatstone'schen Brücke, verschieben jedoch das zum Telephon ableitende Drahtende in einem flüssigen (in einer Rinne mit Zinklösung gegebenen) Leiter und benutzen einen Flüssigkeits-Rheostaten (Platin in verdünnter Schwefelsäure). Sie fanden selten den Körperwiderstand über 1000, oft unter 500 Ohm, und den einen Bestandtheil desselben, den Hautwiderstand, abhängig von den Dimensionen der durchströmten Organe, und an sich sehr constant. Kurella.

---

337) **van Effen**: De Hypnotisch-suggestieve Therapie bij pas ontstane Distorsies. (Suggestions-Therapie bei frischen Distorsionen.)
(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. 1890. II. Nr. 10.)

E. hat bei einer frischen Distorsion des Fussgelenks den Schmerz in mehreren Sitzungen durch „progressive Suggestion" zum Verschwinden gebracht; schon am zweiten Tage war die Schwellung verringert, am fünften ganz verschwunden. E. meint, wenn erst der Schmerz wegsuggerirt wäre, genüge die nun mögliche active Bewegung zur Resorption des vorhandenen Ergusses, da sie ähnlich wirke wie die Massage. Kurella.

---

338) **Fauser** (Stuttgart): Zur allgemeineu Pathologie und Pathogenese des Irreseins. (Allg. Zeitschr. für Psych. XLVII. Bd. Heft 1.)

Verfasser macht den Versuch, an der Hand der heutigen wissenschaftlichen Psychologie und unter Prüfung der anderweitigen Anschauungen einen kritisch unanfechtbaren Standpunkt zu gewinnen und von demselben aus einen Einblick in die Frage der künftigen Gestaltung und Lösung des psychiatrischen Problems zu thun. Nach den Ausführungen des Verfassers, welche hier nicht wiedergegeben werden können, erscheint es verfehlt, neben den krankhaften Aenderungen der Sinnesempfindungen und ihrer Reproduction, sowie der sinnlichen Gefühle und Strebungen auch noch die veränderte Verbindung und Gestaltung derselben auf physiologisch- und anatomisch-pathologische Veränderungen zurückführen zu wollen. Durch die Pathologie können wohl die psychologischen und anatomischen Bedingungen demonstrirt werden, welchen gewisse Empfindungs- und Bewegungsstörungen entsprechen, die als sinnliche Bestandtheile in die einzelnen Formen des Irrsinns eingehen, aber eine pathologische Anatomie der Paranoia, des Wahnsinns, der Melancholie würde auch dann nicht möglich sein, wenn uns die vorhandenen anatomischen und physiologischen Gehirnveränderungen vollständig bekannt wären. Ascher.

---

339) **C. Winkler** (Utrecht): De beteekenis der psychiatrie voor den praktiseerenden geneesheer (Bedeutung der Psychiatrie für den praktischen Arzt).
(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. 1890. I. Nr. 22.)

Mit Gründen, die den Lesern dieses Blattes vertraut sein werden, beweist W. in warmer und beredter Weise, dass man ohne Verständniss für Psychopathologie kein guter Arzt sein kann, und begründet damit die Forderung, Psychiatrie zum obligatorischen Examenfach und zu einem würdig ausgestatteten ordentlichen Lehrfach zu machen. Kurella.

---

340) **van Deventer** (Amsterdam): De studie der psycho-pathologie en de classificatie harer grondvormen.
(Weekbl. v. h. Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. 1890. I. Nr. 25.)

Der wesentlichste Inhalt des Aufsatzes befasst sich mit der Schilderung des moralischen Irreseins und seiner Beziehungen zum Gewohnheits-Verbrecherthum. D. verwirft eine spitzfindige Unterscheidung zwischen irren Verbrechern und verbrecherischen Irren, und betont, dass die häufige Ent-

wicklung einer wohlcharakterisirten Psychose bei degenerirten Verbrechern eine derartige Unterscheidung hinfällig macht, weil bei so fliessenden Uebergängen zwischen Criminalität und Psychose eine bestimmte Abgrenzung unmöglich wird. Kurella.

---

341) **Winckler**: Ueber Blutuntersuchungen bei Geisteskranken. (Inaug.-Diss.)

W. theilt die Resultate von Blutuntersuchungen mit, welche an Geisteskranken in der Provinzialanstalt zu Andernach in der Zeit vom Februar bis August 1890 gemacht sind. Bestimmt wurde die Zahl der rothen Blutkörperchen mittels des Blutkörperchenzählers von Thoma-Zeiss und der Hämoglobingehalt mittels des Hämoglobinometers von Gowers; zum Vergleich wurde auch bei jeder Blutuntersuchung das Körpergewicht festgestellt.

Die erste Gruppe der untersuchten Fälle umfasst verschiedene Formen des Irreseins (zwölf Fälle). In sämmtlichen Fällen war das Blut ärmer an Hämoglobin als das normale; der niedrigste Gehalt fand sich bei den depressiven Formen der Seelenstörung. Dagegen war die Zahl der rothen Blutkörperchen in keinem Falle dauernd unter der Norm, vorübergehend in acht, dauernd in der Grenze des normalen in vier Fällen. Im Verlauf der einzelnen Psychose zeigte die Blutbeschaffenheit in neun Fällen erhebliche Schwankungen, während in den übrigen drei jede Veränderung vermisst wurde. In allen Fällen mit erheblichen Schwankungen ist zur Zeit der höchsten Erregung, sowohl der depressiven als der exaltativen, Zahl und Hämoglobingehalt am niedrigsten, mit dem Nachlass der Erregung hebt sich Beides, indem die Zahl racher vorangeht. Im Allgemeinen entsprechen den Schwankungen der Blutbeschaffenheit die des Körpergewichts. Beim Uebergang der Psychose in Genesung bessert sich Blutbeschaffenheit und Körpergewicht gleichmässig, beim Ausgange in Blödsinn tritt eine fortschreitende Verschlechterung des Blutes ein bei gleichzeitiger Körpergewichtszunahme und Besserung des Allgemeinzustandes.

Des weiteren sind Blutuntersuchungen an vier Paralytikern vorgenommen: das Hämoglobin war beträchtlich vermindert, die Zahl der rothen Blutkörper nur wenig vermindert. Die Veränderungen der Blutbeschaffenheit gehen parallel mit den Schwankungen des Körpergewichts. Paralytische Anfälle haben einen verschlechternden Einfluss auf die Blutbeschaffenheit und rufen eine Verminderung des Körpergewichts hervor.

Bei fünf Epileptischen wurden die Blutuntersuchungen mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Anfälle und der Erregungszustände auf die Blutbeschaffenheit vorgenommen. Es wurde unter dem Einflusse der Anfälle eine Verschlechterung der Blutbeschaffenheit nicht constatirt, unter dem Einflusse der Erregung wurde das Blut dagegen schlechter, Zahl und Hämoglobin vermindert; mit dem Nachlass der Erregung besserte sich die Blutbeschaffenheit wieder. Ascher.

---

342) **Smyth** (Kent County Asylum): An inquiry into the blood and urine of the insane. (Blut- und Urinuntersuchungen bei Geisteskranken.)
(The journal of mental science. 1819. October.)

Das Blut der Geisteskranken ist krankhaft verändert. Dafür spricht, dass Störungen von Seiten der Verdauung, der Leber und des Darms bei

Geisteskranken häufig vorkommen; für diese Annahme sind ferner anzuführen die profusen Schweisse der Paralytiker, die fettige Haut der Epileptiker, das schnelle Heilen der Wunden bei denselben und manches Andere.

Exacter ist der Beweis, den die Untersuchung des Blutes selber liefert. Es wurde der Hämoglobingehalt des Blutes in Procenten, die Zahl der rothen Blutkörperchen und das specifische Gewicht des Blutes bestimmt. (Ueber das Nähere der eingeschlagenen Methode lese man die Originalarbeit.) Hier mögen nur die gefundenen Durchschnittszahlen, welche der Verfasser aus ausführlichen Tabellen erhält, nach den verschiedenen Untersuchungsobjecten zusammengefasst werden.

| Object. | Zahl. | Hämoglolin, % | Zahl der rothen Blutkörperchen. | Spec. Gewicht. |
|---|---|---|---|---|
| Gesunde . . . . . | 15 | 93 % | 5,106,000 pr. cbmm | 1056 |
| Melancholische . . | 10 | 68,7 % | 4,684,000 „ | 1057,2 |
| Epileptische . . . | 50 | 62,9 % | 4,520,800 „ | 1056,8 in anfallsfreier Zeit<br>1059,7 während d. Anfälle |
| Paralytiker . . . | 40 | 68,75 % | 4,700,250 „ | 1060,5 |
| Secundär-Demente | 12 | 53,75 % | 4,070,000 „ | 1061,25 |

Die bei den Epileptischen gemachte Beobachtung, dass zur Zeit der Anfälle eine grössere Dichtigkeit des Blutplasmas besteht bei Gleichbleiben des Hämoglobingehalts und der Zahl der rothen Blutkörperchen, wurde durch einen Controlversuch bestätigt, indem die gleiche Thatsache auch festgestellt wurde bei drei Epileptikern, welche während dreizehn Tagen mit einer ähnlich gemischten Diät und während zwanzig Tagen mit einer bestimmten Diät ernährt wurden, wo ebenfalls das specifische Gewicht des Blutes zur Zeit der Anfälle ein höheres war.

Die Blutuntersuchungen lassen Verfasser weiter zu folgenden Schlüssen kommen: Bei Geisteskranken hat das Blut einen auffallend geringen Hämoglobingehalt, besonders ist dies bei der secundären Demenz der Fall. Auch die Zahl der rothen Blutkörperchen ist unter dem normalen Verhalten; sie ist am geringsten bei der secundären Demenz. Das Blutplasma hat eine ungewöhnliche Dichtigkeit, ebenfalls ganz besonders bei der secundären Demenz.

Die Urinuntersuchung wurde bei einer grossen Zahl Geisteskranker angestellt, und sie ergab mit der bei Gesunden angestellten (sämmtliche Untersuchte erhielten eine ähnliche Diät) verglichen folgende Resultate:

Die Urinmenge ist am grössten bei der Paralyse, am geringsten bei der secundären Demenz, die festen Bestandtheile sind bei der Paralyse vermehrt. Gesunde scheiden nicht mehr Harnstoff aus als Kranke, dagegen ist die Menge der Harnsäure bei der Paralyse, der Epilepsie und der Demenz vermehrt. Die Menge des Creatinins ist bei der paralytischen und secundären Demenz vermehrt. Ascher.

---

343) **A. Mercklin**: Ueber die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. (Allgem. Zeitschr. f. Psych. XLVIII. Bd. 5. Heft.)

Wenn man auch die Bezeichnung Paranoia auf die mehr oder weniger chronisch sich entwickelnden und chronisch ablaufenden Fälle, deren wesentliches Symptom die auf Grundlage einer dauernden Beeinträchtigung der

normalen Kritik sich vollziehende und meist durch Hallucinationen unterstützte Wahnbildung ist, beschränkt, so bleibt doch ein grosses Gebiet von Symptomencomplexen bestehen, das zu weiteren Gruppirungsversuchen auffordert. M. hat das Verhältniss der Zwangsvorstellungen zur Paranoia einer Betrachtung unterzogen und die Frage nach zwei Richtungen genetisch studirt. Einmal wurde der Verlauf der bei Nervenkranken vorkommenden Zwangsvorstellungen, resp. das weitere Schicksal der an der sogen. Zwangsvorstellungspsychose Leidenden genauer verfolgt, um zu entscheiden, ob der Uebergang in Wahnsinn resp. Paranoia öfters vorkommt. Zweitens sind die ausgebildeten Fälle von Paranoia bis in ihre Anfänge zurück zu verfolgen, um zu constatiren, ob bei der chronischen Paranoia öfters ein Vorstadium vorkommt, welches sich durch Zwangsvorstellungen und deren Uebergang in Wahnvorstellungen auszeichnet. Endlich ist die Aufmerksamkeit den Zwangsvorstellungen bei entwickelter Paranoia zuzuwenden.

M. theilt seine eigenen Beobachtungen über Zwangsvorstellungen nach der Intensität derselben in zwei Gruppen; je nachdem sie nur gelegentlich auftreten und von den Kranken nicht als wesentliches Symptom angegeben werden, oder ganz im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen.

Bei der ersten Gruppe handelt es sich um neurasthenische oder hysterische Personen; die hier auftretenden Zwangsvorstellungen sind nicht in Beziehung zur Paranoia zu bringen, womit nicht in Abrede gestellt werden soll, dass einzelne dieser Kranken an Paranoia erkranken können.

In der zweiten Gruppe sind blosse Remissionen oder Intermissionen häufiger als Genesung. Auftreten von schwereren Zuständen ist zu befürchten: Zwangshandlungen treten auf, und das Bewusstsein erlahmt gegenüber den gehäuft eindringenden Vorstellungen, ohne dass diese Wahnvorstellungen werden. Nach den Erfahrungen des Verfassers ist der Ausgang in Paranoia eher als ein seltener denn als ein häufiger zu bezeichnen. Die Möglichkeit der Weiterentwicklung des Irreseins in Zwangsvorstellungen ist indess stets im Auge zu behalten, und unter den Ausgängen ist hier an die chronische Paranoia als einen unter anderen möglichen zu denken.

Die weitere Untersuchung, welche Rolle die Zwangsvorstellungen bei den zahlreichen typischen Fällen von Paranoia führen, hat Verf. zu folgenden Schlüssen geführt. Nur in seltenen Fällen entwickelt sich eine Paranoia aus einem Initialstadium von Zwangsvorstellungen. Ein derartiges Initialstadium ist für gewöhnlich nicht nachweisbar, sondern es treten sofort primäre und mit Hallucinationen in Verbindung stehende Wahnvorstellungen auf. Auch bei ausgebildeter Paranoia treten in einzelnen Fällen neben den Wahnvorstellungen Zwangsvorstellungen auf. Einstweilen kann hier nur eine Combination beider Krankheitszustände angenommen werden. Einen directen Uebergang von Zwangsvorstellungen in Wahnvorstellungen hat Verf. bei dieser Krankheitsform nicht beobachtet.

Reiche Literaturangaben und interessante Krankheitsgeschichten machen die Ausführungen zu äusserst lehrreichen. Ascher.

---

344) **A. Nieden**: Ueber Platzangst (Agoraphobie) und Gesichtsfeldbeschränkung. (Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1891. Nr. 13.)

Bei einem 34jährigen höheren Beamten, der stets gesund war und aus gesunder Familie stammt, zeigt sich seit einigen Jahren zunehmende Platz-

angst. Aetiologische Momente nicht auffindbar. Ausser Nystagmus keine nervösen Symptome. Schliesslich entwickelt sich das Gefühl von Beengtsein im geschlossenen Raum, das anfallsweise zusammen mit Herzangst, Congestion nach dem Kopfe, Buchstabentanzen und zuletzt mit concentrischer Gesichtsfeldbeschränkung für alle Farben bis ein Drittel der normalen Ausdehnung auftrat, und regelmässig mit kurzem Kopfschmerz in Hirn und Schläfe aufhörte. Psychische Behandlung und Bromsalze brachten nach einigen Monaten die Erscheinungen bis auf einen geringen Grad von Platzangst zum Schwinden. Ofterdinger (Rellingen).

---

345) **F. Siemens**: Streitige Geschäfts- und Testirfähigkeit. Obergutachten. (Vierteljahrschr. für gerichtliche Medicin. 1891. III. F. I. Bd.)

Eine damals 73jährige Frau stellte in einem Krankenhaus, woselbst sie wegen Geistesstörung war, ihrem Ehemann eine Vollmacht aus und machte bald darauf ein Testament zu Ungunsten desselben. Beide Schriftstücke werden nach dem Tode der Frau angefochten, und das Gericht fordert ein Gutachten, ob zur Zeit der Abfassung derselben lichte Zwischenräume anzunehmen seien. Laut Zeugenaussagen war die Kranke total verwirrt, konnte sich z. B. nicht einmal in ihrer eigenen Wohnung zurecht finden, während weder der Ehemann noch der zur Ausstellung der Vollmacht herangezogene Notar von Geistesstörung etwas wissen. Das Obergutachten nimmt Dementia senilis in vorgeschrittenem Grade an und erklärt das Vorkommen von lichten Intervallen hierbei für ausgeschlossen. Vielmehr seien die beiden Schriftstücke unter dem Einfluss der Verwandten entstanden. Interessant ist der Fall besonders dadurch, dass selbst gebildete Laien hochgradigen Blödsinn nicht als krankhaften Zustand zu erkennen vermocht haben.

Ofterdinger (Rellingen).

---

346) Verwaltungsbericht des Magistrats zu Berlin für die Zeit vom 1. April 1889 bis 31. März 1890. Nr. XVIII. Bericht über die städtische Irrenpflege.

In dem genannten Zeitraum hat die Stadt Berlin im Durchschnitt täglich 2605 Irre verpflegt, und zwar 1339 in der Hauptanstalt Dalldorf, 1200 in Privatanstalten, 66 in Privatpflege. Am Schluss des Etatsjahres waren in Dalldorf 1349, in 24 Privatanstalten 1208, in Privatpflege 102 Personen untergebracht.

Der mittlere Krankenbestand war um 104 höher als im Vorjahr, um 285 höher alt 1887/88. Der Zugang belief sich im Jahre 1889/90 auf 1126, der Abgang auf 1023 Personen. Unter den Aufgenommenen litten 27,5 % an Paralyse, 19,5 % an Epilepsie. Von den 213 neu aufgenommenen männlichen Paralytikern waren 63 Handwerker, 51 Kauf- und Handelsleute, 37 Beamte und Lehrer. Von 97 weiblichen Paralysen trafen 32 auf ledige Frauen, darunter 9 Prostituirte.

Unter den neuaufgenommenen fanden sich 10 schwere Gewohnheitsverbrecher, von denen 8 aus der Irrenstation der Strafanstalt Moabit kamen; 129 Personen waren mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen; von dem Gesammtbestande 305. Von 1023 abgegangenen waren 540 gestorben (12,1 %), 223 geheilt oder gebessert; 38 starben an Lungenschwindsucht (8,4 % der gestorbenen).

Sehr interessant ist folgende kleine Tabelle:
In Berlin waren geboren:

| | m. | w. |
|---|---|---|
| von Paralytikern | 24,6 % | 22,6, % |
| „ Idioten . . . | 72,8 % | 63,8 % |
| „ Epileptikern | 54,1 % | 55,9 % |

Daraus scheint sich zu ergeben, dass ein geborener Berliner mehr Chancen hat, an Idiotie und Epilepsie, d. h. an schwerer Degeneration, als an erworbenen Psychosen zu leiden.

Die Ausgabe für die gesammte städtische Irrenpflege belief sich auf nahezu zwei Millionen Mark (1,896,315); die Kosten pro Kopf und Tag auf 1,99 Mark, für die Pfleglinge der Privatanstalten auf 2,09 Mark, in Dalldorf auf 1,82 Mark. Kurella.

---

347) Bericht über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Irre, Schwachsinnige und Epileptische auf die Jahre 1885, 1886 und 1887. Stuttgart. Kohlhammer. 1891.

Das jetzt fast genau zwei Millionen Einwohner zählende Königreich Württemberg verpflegte auf Staatskosten am 1. Januar 1888 eine Zahl von 1672 Personen, mithin 8,63 Irre in Anstaltspflege auf 10,000 Einwohner. Mit Zuzählung der in Privatanstalten auf private Kosten verpflegten Irren waren 2153 Personen überhaupt in Irrenanstalten untergebracht. Eine neue Staatsanstalt, bei Weissenau, ist jetzt im Bau. Ihre 500 Plätze werden voraussichtlich nur auf 5—6 Jahre das Bedürfniss decken, da jährlich 80 Personen, die der dauernden Anstaltspflege bedürfen, hinzukommen. Von 1871—1888 ist die Zahl der auf Staatskosten verpflegten Irren von 651 auf 1672 gestiegen.

Daneben bestehen noch vier Anstalten für Schwachsinnige und Epileptische mit zusammen 554 Pfleglingen.

In dem Berichtszeitraum ist die Belegung der Staatsanstalten von 890 auf 973 gestiegen, und zwar in Schussenried von 296 auf 333, in Winnenthal von 200 auf 242, in Zwiefalten von 394 auf 398.

Die Zahl der Staatspfleglinge in Privatanstalten stieg von 649 (Ende 1885) auf 699 (Ende 1887); davon waren in Göppingen 309, in Pfullingen 390 untergebracht. Die Gesammtausgaben der drei Staatsanstalten beliefen sich 1887 auf 569,000 Mark, worunter 117,000 Mark Zuschüsse aus der Staatskasse, während die 699 Pfleglinge in den Privatanstalten 77,700 Mark Staatszuschuss erforderten; für diese letzteren Pfleglinge treten im Wesentlichen die Armenverbände ein. Die gesammten Verpflegungskosten beliefen sich per Kopf und Tag in Schussenried 1887 auf 1,37 Mark, in Winnenthal auf 1,47 Mark, in Zwiefalten auf 1,19 Mark. Davon kamen auf die Beköstigung in III. Klasse resp. 55,6—58 und 66,4 Pfennig.

An ärztlichem Personal waren in den drei Anstalten, die Directoren eingerechnet, 7 Aerzte angestellt.

Zahl der Aufnahmen in der Berichtsperiode 693, davon 345 zum ersten Mal. 6 % der Erstaufgenommenen litten an Paralyse, von der Altersklasse war unter den Aufnahmen am stärksten die zwischen zwanzig bis dreissig Jahren vertreten, mit 29,7 %. Mit Rücksicht auf die Vertretung der Alters-

classen in der Landesbevölkerung zeigte sich die Altersclasse von dreissig bis vierzig Jahren am stärksten unter den Aufnahmen vertreten. Erbliche Belastung ergab sich bei 46 % der Erstaufnahmen.

Der Abgang der Jahre 1885/87 belief sich auf 612 Personen, davon 143 gestorben, 184 geheilt. Die Mortalität betrug in Procenten vom Gesammtbestande 1885: 3,9 %, 1886: 4,3 %, 1887: 3,3 %. Unter den geheilten figuriren 14,1 % der Primärverrückten! 32 Personen = 22 % starben an Lungen- und Darmtuberculose. Kurella.

---

348) Zur Irrenstatistik Grossbritanniens.

(Nach Mittheilungen in Band 26 und 27 des „Journal of Mental Science".)

In England (incl. Wales, excl. Schottland und Irland) kam im Jahre 1889 auf 341 Einwohner 1 Irrer in Anstaltspflege. Die Zahl der Irren in Anstalten belief sich auf 86 067; die Zunahme betrug in diesem Jahre 1727. Auf 10 000 Einwohner kamen 1859: 16,27 Aufnahmen zur Verpflegung auf öffentliche Kosten (pauper lunatics), während diese Zahl für 1869: 21,03, für 1879: 24,30 lautet. Demnach nimmt die Zahl der Erkrankungen an Psychosen nicht erheblich zu. Unter den Aufgenommenen waren 15,1 % Paralytiker, d. h. 1—2 % mehr als in den zehn vorausgehenden Jahren. Die Sterblichkeit belief sich auf 9,81 %. Die Mehrzahl der Irren, 51 910, waren in County- und städtischen Anstalten untergebracht; dazu kommen weitere 5700 in zu Londoner Communalverbänden gehörigen Anstalten. Auf eigene Kosten wurden 8100 Irre verpflegt, auf öffentliche Kosten 77 277, darunter 12 100 in Armen- und Arbeitshäusern.

In Schottland wurden 1889: 12 302 Irre in Anstalten verpflegt; die Zunahme betrug 348. Auf öffentliche Kosten waren am 1. Januar 1890 in Pflege: 10 342 Irre, davon in Staats- und Districts-Irrenanstalten 5401, in Irrenabtheilungen von Armenhäusern 2400, in Familienpflege 2445. Die Unterbringung harmloser Irrer in Familienpflege hat sich wieder durchaus bewährt, und zwar sind dieselben meist bei gut situirten Leuten untergebracht, wo sie „social elevation" finden.

Die Aufnahmen beliefen sich auf etwas über 2500 Fälle.

In Irland belief sich die Zahl der Irren in Anstaltspflege auf 15 685 am 1. Januar 1889, auf 16 159 am 1. Januar 1890. Davon waren 4165 in Armenhäusern, 11 180 in öffentlichen Irrenanstalten.

Zusammen waren in Grossbritannien am 1. Januar 1890 in Anstaltspflege: 114 054 Irre. Kurella.

---

349) **R. Percy Smith** (Bethlem Royal Hospital): Defects in the Working of the Lunacy Act, 1890. (Mängel in der Ausführung des Irrengesetzes 1890.)

(The Journal of mental science. Jan. 1891.)

Smith registrirt eine grosse Anzahl von Fällen, in denen die Bestimmungen des neuen englischen Irrengesetzes zu Verzögerungen der Aufnahme in die Irrenanstalt geführt haben. Insbesondere häufig haben die Friedensrichter die Veranlassung dazu gegeben, sei es nun, dass sie unterzeichneten, wo sie wegen der ungenügend ausgefüllten Papiere nicht unterzeichnen durften, oder dass sie überhaupt, da nicht dazu besonders ernannt,

die Unterschrift nicht leisten durften. Die Abänderungsvorschläge, welche S. macht, beziehen sich insbesondere auf diese Punkte. Ascher.

---

350) Dr. **Chatelain**: Das Irresein, Plaudereien über die Geistesstörungen, ins Deutsche übertragen von Dr. med. Otto Dornblüth (Bunzlau), mit einem Vorwort von Dr. med. Freiherr v. Krafft-Ebing (Wien). — Neuchatel, Gebrüder Attinger, Verleger. 1891.

Ein populär wissenschaftliches Werk liegt uns vor, dessen Werth nicht besser hervorgehoben werden kann, als durch Wiederholung der Worte, welche Krafft v. Ebing in dem zur Uebersetzung geschriebenen Vorworte ausspricht: Das Werk verbindet mit dem eleganten, man möchte sagen feuilletonistischen Stil des französischen Schriftstellers das tiefe Wissen deutscher Gelehrsamkeit in seltsam glücklicher Weise!

Vom psychiatrischen Standpunkte kann man den Versuch des Verfassers, durch Belehrung des Publicums über die Geisteskrankheiten die Vorurtheile desselben gegen Irrenarzt und Irrenanstalt ausrotten zu wollen, nicht genug anerkennen. Bei Bearbeitung des Stoffes ist Literatur und Geschichte in praktischer Weise verwerthet; auf frühzeitige Zuführung der Kranken in die Anstalt wird besonderer Nachdruck gelegt.

Der Uebersetzer, welcher sich der Mühe unterzogen hat, das Werk auch dem deutschen Publicum zugänglich zu machen, hat seine Aufgabe in überaus glücklicher Weise zu lösen gewusst. Ascher.

---

351) **Charles Richet** (Paris): Experimentelle Studien auf dem Gebiete der Gedankenübertragung und des sogenannten Hellsehens. Autorisirte deutsche Ausgabe von Freiherrn von Schrenck-Notzing (München).

(Mit 91 Abbildungen im Text. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1891.)

Mit diesem Buche legt Verfasser die Frucht einer sechsjährigen beharrlichen Forschung vor über Studien, denen gegenüber die deutsche Wissenschaft bisher im grossen Ganzen eine weise Zurückhaltung bewahrt hat, aus der hinauszutreten sie hoffentlich nie gedrängt werden wird. Dennoch dürfen wir einem Forscher unsere Anerkennung nicht versagen, welcher es unternimmt, in exacter Weise Phänomenen nachzuspüren, wie sie unter dem Namen „Gedankenübertragung, Hellsehen, magnetischer Rapport zu ausgewählten Personen, Blick in die Zukunft“ benannt sind, wenn auch der Autor sich als überzeugter Anhänger dieser Ideen bekennt.

Und R. will nicht nur alle Anstrengung gemacht haben, scharf zu beobachten, d. h. sich nicht betrügen zu lassen, sondern er will vor Allem auch ganz vorurtheilsfrei an die Prüfung dieser Dinge hinangegangen sein. Dennoch müssen die eigenthümlichen Combinationen der verschiedenen eigenen Erlebnisse, die der Verfasser hier heranzieht, den Leser stutzig machen und ihn sich fragen lassen, warum zur Erklärung einfacher Thatsachen und häufig wiederkehrender Zufälligkeiten besondere Beziehungen, wie etwa eine spontane Fernwirkung, herangezogen werden müssen. Dahin glauben wir z. B. folgenden Vorfall, über den Verfasser S. 91 berichtet, rechnen zu sollen. Von einem Lyoner Professor hatte er vor vierzehn Tagen einen Artikel für

seine Zeitschrift zugeschickt bekommen. Am betreffenden Tage glaubt R. ihn auf der Strasse in Paris zu sehen, kann aber bald feststellen, als jener nur selten in Paris anwesende Professor ihn am selben Tage auf seinem Büreau aufsucht, dass er sich vorher in der Person geirrt hat. R. sieht hierin spontane Fernwirkung.

Es ist doch zu bedenken, dass ein in umfangreicher Thätigkeit befindlicher denkender Mensch sich Tag für Tag vielen mannigfachen Eindrücken aussetzt und häufig genug gleiche und ähnliche Eindrücke im Laufe kurzer Zeit erfährt. Es ist dann nur zu natürlich, dass man die wiederholt eintretenden Vorkommnisse besonders beachtet und diesen gegenüber flüchtig vorübergehende Ereignisse vernachlässigt.

Dadurch tritt dann der zeitlich vorangehende Eindruck nachträglich leicht stärker hervor, als er in der That gewesen ist. Deshalb erscheint es uns nicht nöthig, dies durch besondere Beziehungen, wie Hellsehen, Fernwirkung erklären zu müssen.

Die Versuche, welche recht ausführlich besprochen werden, sind zum grössten Theil an vier leicht zu hypnotisirenden Damen angestellt. Sie betrafen den Fernschlaf — die Versuchsperson soll ohne ihr Wissen aus der Ferne eingeschläfert werden —, das Errathen von Zeichnungen — die Versuchspersonen sollen die in undurchsichtige Umschläge eingeschlossenen Zeichnungen errathen —, das Aufstellen von Krankheitsdiagnosen aus Haaren der Kranken resp. aus oberflächlicher Betrachtung derselben, das Hellsehen mit Karten und Namen, welche in ein undurchsichtiges Couvert gethan sind u. s. w.

Auf Grund seiner Versuche kommt Verfasser zu dem Resultat: Es besteht in gewissen psychischen Zuständen bei sehr wenigen Personen ein Wahrnehmungsvermögen, das von unserem gewöhnlichen Erkenntnissorgan grundverschieden ist. Für dieses giebt es weder Raum noch Zeit, noch ein materielles Hinderniss. Die Annahme dieses Erkenntnissvermögens setzt zwei Hypothesen voraus, von denen weder die eine noch die andere widersinnig ist. Die erste lautet: Es giebt in der Materie Kräfte, die unseren Sinnen und deshalb unserem Verstande unbekannt sind. Die zweite Hypothese geht dahin, dass gewissen Personen in bestimmten Momenten gewisse Eigenschaften der lebenden oder leblosen, denkenden und nicht denkenden Materie zugänglich sind, die unseren normalen Sinnen unzugänglich sind.

Verfasser gesteht selbst ein, dass seine Beweisführung unzureichend ist, hofft aber zuversichtlich, dass nach ihm scharfsinnigere und glücklichere Beobachter kommen werden, welche das vollbringen, wozu er nicht im Stande war. Referent kann sich den obigen Schlussfolgerungen nicht anschliessen, und zwar gerade auf Grund der mitgetheilten Versuche, deren Erfolge ihm im Ganzen zu wenig beweisend erscheinen.

Der Uebersetzer hat dem Buche eine längere Vorrede mitgegeben, welche den Leser schnell und leicht in die Geschichte der psychischen Fernwirkung einführt. Ascher.

352) **Mingazzini** (Rom): Sopra un encefalo con arresto di sviluppo, appartenente ad un idiota di 11 mesi. (Gehirn mit Entwicklungshemmung bei Ieinem dioten.)

(Internat. Monatsschrift für Anat. und Physik. 1890. Bd. VII. Heft 5.)

M. beschreibt das balkenlose Gehirn eines elfmonatlichen Idioten, das nach längerem Aufenthalt in Alkohol 340 gr. wog. Bemerkenswerth sind neben zahlreichen anderen Anomalieen die Differenzen der Windungsentwicklung an beiden Hemisphären; rechts ist eine Fossa Sylvii deutlich erkennbar, ihr hinterer Zweig geht bis zum Mantelrande, das rechte Stirnhirn zeigt eine alle Windungen durchsetzende tiefe transversale Furche, die Insel kaum Andeutungen von Furchung. Die linke Hemisphäre hat keine Fossa Sylvii, zeigt vielmehr drei hinter dem ersten Drittel des unteren Mantelrandes radiär aufsteigende tiefe Furchen, die M. mit den primitiven, später ganz verschwindenden Furchen der ersten Fötalmonate parallelisirt. Einige andere Anomalien will M. phylogenetisch, nicht ontogenetisch erklärt wissen. Die reich entwickelten secundären Furchen der linken Hemisphäre sind ohne jede Analogie mit den normalen Verhältnissen. Einen Zusammenhang des Balkenmangels mit den Windungsanomalieen leugnet M., will letztere vielmehr aus dem Hydrocephalus internus beider Seitenventrikel ableiten, die jedoch nicht gleichzeitig, sondern in verschiedenen Perioden des Fötallebens, und zwar die rechte später, erkrankt wären.

Im Uebrigen zeigte der Hirnstamm r e c h t s eine aufsteigende Degeneration der medialen Schleife, l i n k s Schwund des corp. genicul. und des hinteren Vierhügels, fast totalen Schwund der Pyramide von der Brücke bis zur Kreuzungsstelle, Mangel nach rechts kreuzender Pyramidenbahnen, Atrophie der Olive; ferner fehlte das Tapetum des Balkens, während der Forceps wohl erhalten war. K u r e l l a.

---

353) **Wildermuth** (Stuttgart). Ueber Windungsanomalieen am Gehirn von Epileptischen und Idioten.

(Württembergisches medic. Correspondenzblatt. 1891. Nr. 4.)

W. bespricht die Windungsanomalieen an Gehirnen von 36 Epileptischen und 28 Idioten, und theilt dieselben in 1) solche, für die sich Analogieen in den Gehirnen von Thieren finden — a t a v i s t i s c h e B i l d u n g e n, und 2) solche, die als p a t h o l o g i s c h im engeren Sinne aufzufassen sind. Zu letzteren rechnet W. auch das typische Confluiren der Furchen.

Unter den Anomalieen erster Art nennt W. für den Stirnlappen eine die unteren Frontalwindungen durchschneidende tiefe Transversalfurche, die als der stark verlängerte Ramus asc. foss. Sylv. erscheint, und vielleicht ein Analogon der Fissura präsylvia des Raubthierhirns ist. Wichtiger ist das Confluiren der Fiss. Rolandi mit anderen Furchen oder ihre mangelhafte Entwicklung (geringe Länge oder Tiefe, Ueberbrückung). In drei Fällen hat W. das enorm seltene Confluiren der Sylvi'schen mit der Rolando'schen Furche gesehen, in einem Fall unmittelbarer ununterbrochenen Uebergang der beiden oberen Frontalwindungen in den Parietallappen. Diese Anomalieen zeigen eine noch nähere Verwandtschaft, als die transversale Frontalfurche, mit dem Raubthierhirn, dem die F. Rolando fehlt, letztere tritt erst bei den Primaten auf.

21 mal fand in seinem Material W. eine deutliche Affenspalte, d. h. Verschmelzung der Fiss. parieto-occipit. mit der Fiss. intrapar. oder der Fiss. occipit. antic., resp. mit beiden. Eine weitere dem Affengehirn eigene Bildung, die Verlängerung der F. præoccipitalis quer über den ganzen Schläfenlappen, fand W. 11 mal.

Die Resultate W.'s sind in folgender Uebersicht zusammengefasst. Es fanden sich atavistische Anomalieen.

bei Epileptischen { M. 6 mal / W. 5 mal } 11 mal (von 30 Fällen) = 36 %

bei Idiotischen { M. 13 mal / W. 5 mal } 18 mal (von 28 Fällen) = 65 %

| | | | |
|---|---|---|---|
| Eine Fissura præsylv. | | war vorhanden in | 10 % |
| „ F. præoccipit | | do. | 20 % |
| Anomalieen des | S. Rolando | do. | 30 % |
| do. | Sulc. par. occip. (Affenspalte) | do. | 40 % |

W. verwirft eine absolute Trennung von pathologischen und Rückschlagsbildungen der Windungsanordnung, und will die beschriebenen Anomalieen als Degenerationszeichen betrachtet und im Sinn der Darwin'schen Correlation der Variation erklärt wissen. Kurella.

---

354) **Wildermuth** (Stuttgart): Ueber Nahtverknöcherung am Schädeldach bei Idioten und Epileptischen.

(Separ.-Abdr. d. Zeitschr. f. Behandl. Schwachsinn. und Epilept. 1890. Nr. 6.)

Tabellarische Zusammenstellung von Nahtsynostosen am Schädeldach, mit Angabe der Altersstufe, aus den Protokollen von 57 Sectionen der Anstalt Stetten. Aus der Seriation nach Lebensaltern und den von Welcker gegebenen Kriterien der prämaturen und der senilen Nahtobliterationen schliesst W., „dass bei den nicht auf Cretinismus beruhenden Formen von Idiotie die infantilen Synostosen der Nähte des Schädeldachs selten und für die Entwicklung resp. Entwicklungshemmung von Schädel und Gehirn ohne Bedeutung sind". Es handle sich nur um eine mässige Verfrühung des senilen Nahtschlusses. Für die endemische Idiotie (Cretinismus) spiele freilich die infantile Nahtsynostose eine entschiedene Rolle. Kurella.

---

355) Dr. **Thomas S. Clouston** (Edinburgh): The Neuroses of Development, being the Morison lectures of 1890.

These lectures are founded upon a bequest by Sir Alexander Morison to pay a lecturer on insanity. The appointment is in the gift of the College of Physicians of Edinburgh. As this learned body sometimes selects a physician unacquainted with mental disease, who therefore lectures on some other subject which he knows better, the general profession in Edinburgh hailed with pleasure the election of Dr. Clouston. His choice of a subject was a happy one, and his lectures were well attented. They have been published in the Edinburgh Medical (monthly) Journal from January and May, but are not yet concluded.

Dr. Clouston begins by observing that, if we take mere gross bulk and height, the brain is found to have attained its maximum at about seventeen or eighteen years of age, though it has grown its full growth up to a few ounces at seven years of age. „There are some differences," he hays, „that we can now see between the brain substances, gray and white, of the child of eight and the man of twenty-five, but they utterly fail to even suggest the enormous differences in qualities between the two organs. A portion of gray matter from the anterior lobes of such a child might be put up and examined by the most skilled investigator, and it is exceedingly doubtful if any histological or chemical differences could be surely detected between it and that of the man of twenty-five. Certainly no differences can at present be demonstrated between the early adolescent of fifteen and the man of twenty-five, and yet the functional differences are enormous, not only of degree but of kind. At present we assume, but cannot prove, that wherever difference of function exists, there difference of structure must also be as its basis and certain accompaniement, if not its explanation." A little farther on he quotes Dr. Boyd to the effect, that the increase of the brain in bulk after fourteen years is very slight indeed.

It can scarcely be forgotten that Dr. Clouston in his address as President of the Medico-Psychological Association in 1888 described what he called the insanity (See Journal of Mental Science, october 1888) of adolescence occurring between 20 and 25 and often leading to premature dementia. The cause of this affection he considered to be the strain on the system required for the complete development of the brain. From the passages now cited it appears that Dr. Clouston has modified his views as the development of the brain can give little strain to the system after fourteen. The real strain is the change in the whole system following the awakening of puberty. This has a powerful action on the brain and nervous system. It is a change in the diversion of trophic activity which is periodic in the lower animals and to a certain extent in man also. Dr. Clouston calls attention to the great increase in all the higher emotional, intellectual, imaginative and volitional power apparent in the young man between 14 and 25. This we take mainly to be an increased power of the will leading to concentration of energy in definite directions, the result of education and experience. The vital energy, no longer expended in growth or the purposeless movements of childhood, and the great muscular activity of boyhood, is now applied to produce results. That this should be accompanied with some change in the structure of the nerve centres and the conducting tracts is likely enough, but it is clear that it is not accompanied by any increased growth which can he measured by the balance.

The view taken by Dr. Clouston throughout his paper is that the brain presides over the development of the body. He talks of the trophic energies of the brain in cases of bad heredity not being able to complete the organism, whereas I should talk of the trophic energies of the organism not being able to complete the brain. In his second lecture (published in the March Number) Dr. Clouston deals with some of the morphological signs of a bad neurotic heredity that appear during development. These, if not already known to his Edinburgh audience have been long ago and often enough recorded, but when he comes to consider the palate & upper maxillary bone in the developmental Neuroses, we see the result

of the original researches of an acute and sagacious observer. The V-or saddle-shaped palate has been carefully studied in idiots, but Dr. Clouston has taken great pains to find out the relative frequency of this abnormality in lunatics, criminals, and other members of the degenerated. The result may be best recorded in Dr. Clouston's table.

Frequency of the occurrence of the Three Types of Palates in various Classes of Persons examined:

| The different Classes of Persons. | No. 1. Typical Palate. | No. 2. Neurotic Palate. | No. 3. Deformed Palate. | Number of Persons examined. |
|---|---|---|---|---|
| | Per cent | Per cent | Per cent | |
| The General population . . . . . | 40,5 | 40,5 | 19 | 604 |
| Criminals (the degenerate) . . . . . | 22 | 43 | 35 | 286 |
| The insane (acquired insanity) . . . . | 23 | 44 | 33 | 761 |
| Epileptics . . . . . | 20 | 43 | 37 | 44 |
| Adolescent insanity . . . . . | 12 | 33 | 55 | 171 |
| Idiots and imbeciles (congenital insanity) | 11 | 28 | 61 | 169 |

The criminals examined were in the Edinburgh jail. They were generally under short sentences. These under long sentences which presumably would contain more of the confirmed delinquent class are sent to Perth. Dr. Clouston's Studies on the Palate are illustrated by four pages of plates. In the following passage Dr. Clouston attempts an explanation of the saddle shaped or deformed palate often found in neurotic persons.

„If the anterior lobes of the brain, and that is the part of the brain that lies above the palate, become contracted through hereditary brain deficiency, and the skull base in front is therefore narrowed, while the jaw must remain large enough to hold the normal number of teeth, it might naturally assume more the shape of the bow of a boat than a horse-shoe, the alveole of the bicuspids and molars on each side being drawn together by the narrow skull base from which they hang, and this process would throw up and deform the palate. In congenital mental defect, it is the anterior lobes that are chiefly found deficient, and in the microcephalic and Kalmuck classes of idiots, where the brain has undergone most developmental lessening, the palate is found the highest and most deformed.

I cannot confirm this statement about a high palate being commonest with microcephalic and Mongolian idiots. In microcephales the palate is often flat. I have seen a good many extreme cases of the saddle-shaped palate connected with a large frontal lobe. Dr. Clouston observes that in the monkey the hard palate is merely a part of the alimentary system having little relationship to the base of the brain at all, but this is due to the small development of the brain. At any rate we need not forget the Old World monkey has to find room in his jaws for the same number of teeth as man, and the New World monkey has four more teeth. Moreover I have found that congenital idiots have rarely more than 28 teeth. It is to be regretted that in his renewed examination of abnormal palates Dr. Clouston has paid little attention to the arrangement and shape of the teeth which are often very irregular in genetous idiocy. My own obser-

vations, which have now been carried on for 20 years, lead me to believe that there is much truth in Mr. Ivy's observation quoted by Dr. Clouston that there is some relation between the temperaments and the highness and roundness of the palates. Dr. Clouston observes „that like all things in Nature, the three classes ran imperceptibly into each other with no abrupt line of demarcation, so that there were a number of cases where one simply had to use one's best judgment in determining the class they were to be put into, and two persons might, in regard to those cases, have classified them differently."

I should say that Dr. Clouston is more inclusive than I should be, that is, he ranks palates as abnormal which I should call high, but not passing normal types. I have noticed that amongst the born deaf the palate is often abnormally high, and the same observation has been made by Dr. Berkhan of Brunswick.

In the April number Dr. Clouston treats of the arrested Development from Traumatism, Infantile Paralysis, Friedreich'sd isease, rickets, and pavor nocturnus. In the May number he deals with Chorea, Asthma, Somnambulism, Megrim, visual neuroses, and skin diseases. All these subjects are treated in a masterly manner. Dr. Clouston's generalisations are confirmed by cases drawn from his rich experience. We look forward with pleasure to the continuation of these admirable lectures which will extend and increase the already great reputation of the author.

W. W. Ireland.

---

356) Unter der Ueberschrift „Murder and insanity" berichtet The Medic. Record, 21. März 1891, folgenden Fall:

Ein 17jähriges Mädchen lockte zwei Kinder auf eine Brücke, stürzte sie hinab, so dass eins ertrank, und versuchte sich dann selbst an einer andern Stelle zu ertränken. Des Mordes angeklagt, wurde sie von der Jury in Buffalo freigesprochen, da durch die Vertheidigung nachgewiesen wurde, dass die Angeklagte stets missmuthig und zeitweise niedergeschlagen war, sich zum öftern ganz unverantwortlich benahm, zudem aus einer Familie stammte, in der mehrfach Geisteserkrankungen vorgekommen waren. Da das Mädchen, die den Mord unzweifelhaft aus Eifersucht geplant und mit Ueberlegung ausgeführt hatte, die Natur des mörderischen Actes ebensowohl kannte, als den Unterschied zwischen Recht und Unrecht, so hätte der Gerichtshof eigentlich auf Grund des bestehenden Gesetzes ein Schuldig aussprechen müssen; er stellte sich aber auf die Seite der Aerzte, nach deren Ansicht es nicht auf jene vom Gesetze geforderten Punkte, sondern darauf ankommt, ob die That von einem an Geisteskrankheit Leidenden ausgeführt wird.

Voigt (Oeynhausen).

---

# V. Tagesgeschichte.

— **Personalien.** Unser verehrter Mitarbeiter Dr. Sommer in Allenberg ist vor einigen Wochen zum Director der Ostpreussischen Irrenanstalt daselbst ernannt worden; die Leitung der zweiten Anstalt dieser Provinz, Kortau bei Allenberg, hat Dr. Stoltenhoff (Saargemünd) übernommen. Zum Nachfolger Kraepelins in Dorpat ist ein Psychiater russischer Nationalität, Dr. W. Ph. Tschizh, ernannt worden. Die russische Fachpresse drückt bei dieser Gelegenheit den Wunsch aus, dass in Zukunft auch die übrigen Vacanzen an der „kaiserlichen" Universität in Dorpat durch russische Docenten, an denen es nicht fehle, besetzt werden mögen. Die Stände der Provinz Posen haben bei Gnesen ein grösseres Landgut zur Anlage einer zweiten Provincial-Irrenanstalt erworben.

— **Der Vorstand des Vereins der deutschen Irrenärzte** hat in einer Sitzung zu Bonn am 17. Mai 1891 beschlossen, die diesjährige Jahressitzung zu Weimar am 18. und 19. September abzuhalten. Folgende Themata sind zur Discussion in Aussicht genommen:

1) Zurechnungsfähigkeit und Verbrecherthum.
2) Trunksucht mit Bezug auf Zurechnungsfähigkeit.
3) Prophylaxe der Tuberculose in Irrenanstalten.
4) Gegenwärtiger Stand der Aphasiefrage.
5) Therapeutische Verwerthung der Hypnose in Irrenanstalten.
6) Zur Fürsorge für Epileptische.

Die Mitglieder des Vereins werden ferner gebeten, bis 10. August 1891 Vorträge bei einem der Unterzeichneten anzumelden. Die definitive Tagesordnung wird Ende August zugesendet werden.

— **Rom.** Der Minister des Innern hat den seinerzeit von Crispi im Senat eingebrachten Entwurf eines Gesetzes über die Organisation der Irrenanstalten zurückgezogen, um an dessen Stelle später einen vollständigen Gesetzentwurf über die privaten, öffentlichen und criminellen Irrenanstalten vorzulegen. Zu diesem Zweck ist eine aus den Professoren Lombroso und Tamburini, und Dr. Ascenzi als Secretär bestehende Commission erkannt worden, die alle in Italien vorhandenen Einrichtungen für Irrenpflege inspiciren, und daraufhin ihre Vorschläge für das neue Gesetz machen soll. Die Commission hat schon ihre Arbeit begonnen, und ihre Zusammensetzung verbürgt die Bethätigung durchaus moderner Grundsätze.

## Redactionelles.

Die Herren Autoren von neurologischen oder psychiatrischen Arbeiten, die nicht in Fachzeitschriften erscheinen, werden um Zusendung von Separat-Abdrücken direct an die Adresse des Redacteurs (Kreuzburg O.-S.) gebeten.

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 Juli.** Neue Folge II. Band.


## I. Original-Vereinsberichte.

### 54. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte am 2. Dec. 1890 im Auditorium der Kgl. psychiatrischen Klinik zu Breslau.

Anwesend die Herren: Adler (Breslau) als Gast: Alter (Leubus), Dornblüth (Bunzlau), Freund (Breslau), Gräupner (Breslau) a. G., Gubitz (Breslau), Hahn (Breslau), Kahlbaum (Görlitz), Kemmler (Breslau), Kiefer (Görlitz), Lasch (Breslau), Lissauer (Breslau), Mann (Breslau), S. Meyer (Breslau), Möller (Bunzlau), Petersen (Brieg), Rosemann (Breslau), H. Sachs (Breslau), Schubert (Leubus), Schwahn (Breslau), E. Stern (Breslau), R. Stern (Breslau) a. G., Strauscheid (Kreuzburg), Wefers (Plagwitz), Wernicke (Breslau).

Aufgenommen werden die Herren: Kemmler (Breslau), Lasch (Breslau), Malachowski (Breslau), Mann (Breslau), Strauscheid (Kreuzburg).

357) Dr. **Kahlbaum** (Görlitz) spricht über „die sogenannte Paranoia“. Der Vortrag soll noch eine Fortsetzung erhalten und später publicirt werden.

358) Dr. **Kiefer** (Görlitz) bespricht einen Fall von Hebephrenie (Kahlbrunn-Hecker), dessen Krankengeschichte er in Kurzem berichtet.

Ein bis dahin gesunder junger Mann, ohne sehr wesentliche erbliche Belastung, erkrankt in seinem 18. Lebensjahre an einer Geistesstörung, die sich durch einen progressiv bis zu einem gewissen Grade zunehmenden Schwachsinn ganz bestimmter Gattung charakterisirt, mit eigenartigen Veränderungen der Rede und Schreibweise, bestimmten Sonderheiten im äusseren Benehmen und Wahnvorstellungen im Sinne der Verfolgung, Beeinträchtigung und Ueberschätzung der eigenen Person. — Der Schwachsinn documentirt sich als typisch-hebephrener, d. h. er schliesst in krankhafter Steigerung dieselben Elemente in sich, welche psychologisch als geistige Eigenthümlichkeiten des Pubertätsalters häufig beobachtet werden, und entspricht ganz genau dem Bilde, welches Hecker in seiner Hebephrenie entwirft. Dasselbe gilt für die Eigenthümlichkeiten im äusseren Benehmen und in der Rede und Schreibweise des Patienten. Der Krankenbericht ergiebt zahlreiche Beispiele und Stilproben, welche ganz und gar den typischen Charakter

tragen (Perioden Carlchen Miesnick's im Kladderadatsch, Zutodehetzen von Redensarten, Vorliebe für Fremdwörter, „geschraubte Phrasen"). Auffallend erscheint bei dem Krankheitsfalle nur der Umstand, dass sich paranoische Elemente andauernd in den Vordergrund des Krankheitsbildes stellen, so dass man dem Gedanken einer Aenderung der Diagnose zu Gunsten einer prog. Paranoia Raum geben könnte. Eine genauere Analyse der paranoischen Ideen ergiebt aber, dass es sich um gar keinen eigentlichen Wahn oder Wahnsystem handele, sondern nur um eine krankhaft kindische Auffassung der Situation und Umgebung, ähnlich, wie man es in verringertem Masse normaler Weise bei manchen Schülern in den Flegeljahren antrifft. Der Lehrer sei bekanntlich für diese eo ipso der Feind des Schülers, letzterer lehne sich gern gegen die Bestimmungen desselben auf und wolle durchaus seine Selbständigkeit zeigen, selbst die Lüge halte er gleichsam als Nothwehr für erlaubt, er schiebe dem Lehrer feindliche Motive unter, fühle sich gekränkt, suche gern Schutz bei den Eltern, versuche seine Mitschüler zu einem gemeinsamen Vorgehen gegen den Lehrer zu bewegen u. s. w. Auch die Renommage unter Einschluss von bewussten Lügen sei ein bekanntes Merkmal vieler Knaben in den sogenannten Lümmeljahren. Wenn man nun all diese Symptome steigere, komme man auf das, was dem vorliegenden Falle das Ansehen einer Paranoia gebe, der Kranke fühle sich beeinträchtigt durch alle die Personen, die ihm zur Erziehung vorgesetzt sind, d. h. im Anstaltsleben Arzt, Lehrer, Inspector; er berufe sich auf seinen Vater, bei dem er Schutz zu finden glaube, da ihm dieser im Sinne der Aerzte schreibe, so komme es eben daher, dass derselbe von den Aerzten wissentlich falsch berichtet werde. Auch der Grössenwahn des Pat. sei nichts als Renommage, und er betone gern die einflussreiche Stellung seines Vaters, verkehre mit bekannten Gelehrten, seine Leistungen im Gymnasium, er kann 7 Sprachen, seine philosophischen, selbst psychiatrischen Kenntnisse, seine kräftige Constitution und dergl.

Wolle man durchaus derartigen Aeusserungen des Patienten besonderes Gewicht beilegen, so sei man deshalb immer noch nicht berechtigt, den Fall in den grossen Topf der Paranoia zu werfen, sondern dürfe ihn höchstens als eine bestimmte Unterart der Hebephrenie auffassen und etwa von einer paranoischen Hebephrenie reden. (Autorreferat.)

359) Dr. **Freund** (Breslau): Demonstration einiger Fälle von sogen. traumatischer Neurose. (Autorreferat.)

Im Hinblick auf die vorwiegend aus Psychiatern bestehende Versammlung bespricht der Vortragende zunächst eingehend die bei der sogen. traumatischen Neurose beobachteten psychischen Anomalien. Es werden hierbei einige Kranke demonstrirt, bei welchen sich die nach Oppenheim charakteristische, melancholisch-hypochondrische Verstimmung bereits im Gesichtsausdruck wiederspiegelt. Eine traumatische Psychose sui generis giebt es indessen nicht; die verschiedensten Arten von Seelenstörungen können nach einem Trauma zur Entwickelung gelangen. Wünschenswerth und aussichtsvoll sei es bei allen Psychosen, bei welchen ein körperliches oder psychisches Trauma (z. B. plötzlicher Schreck) ein wichtiges anamnestisches Moment gespielt habe, den gesammten Symptomencomplex der traumatischen Neurose in das Bereich der klinischen Untersuchung zu ziehen, speciell die sensitiven-sensorischen Functionen. Es würden sich hierbei sicherlich interessante Combinationen zwischen functionellen Neurosen und wirklichen Psychosen herausstellen, analog wie Mischformen von functionellen und orga-

nischen Symptomenbildern bereits beschrieben worden sind, z. B. bei Basisfracturen, Gehirnapoplexien.

Interessant in dieser Hinsicht ist der eine zur Vorstellung gelangende Fall, bei welchem ohne Kenntniss einer Reihe hysterischer Symptome — rechtsseitige Hemiparese, rechtsseitige Hemianaesthesie (für Berührungen und Nadelstiche), Hemianosmie und Hemiageusie rechterseits, hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung (r. > l.), ferner auf dem rechten Ohre hochgradige Hörschwäche und Ohrensausen — die Diagnose auf progressive Paralyse gestellt worden wäre auf Grund der überaus trägen, schwerfälligen, deutlich verwaschenen Sprache, einer merkbaren Vergesslichkeit und einer auffallenden Verlangsamung des Gedankenablaufes; dabei wiederholt Ohnmachtsanwandlungen, fast täglich Schwindelanfälle.

Hingegen waren keine sonstigen psychischen Anomalien nachweisbar, abgesehen von einer durchaus stabilen, nicht sehr hochgradigen, hypochondrisch-melancholischen Verstimmung, welche sich bei näherer Analyse ebenso wie ein vorhandener Kopfdruck sowie Zittern bei irgend welchen psychischen Erregungen oder körperlichen Anstrengungen, hochgradige Empfindlichkeit gegen Geräusche als neurastenisches Symptom erweist. Bemerkenswerth ist, dass Patient wenn auch langsam, so doch ganz correct schreibt und dass es sich nur um eine einfache Verlangsamung des Gedankenablaufes, um keine eigentliche Demenz oder wesentliche Erinnerungsdefecte handelt. Anamnestisch wird mit Sicherheit constatirt, dass das Leiden im Anschluss an einen vor 4 Jahren stattgehabten Eisenbahnunfall aufgetreten ist und seit drei Jahren in seinen Symptomen keinerlei Veränderungen gezeigt hat. Nur soll sich vor einem Jahre im Anschluss an zwei plötzliche Ohnmachtsanwandlungen Gedächtniss und Sprache etwas verschlechtert haben. —

Ausserdem gelangen noch 6 andere Kranke zur Vorstellung, wobei Vortragender Gelegenheit nimmt, auseinanderzusetzen, wie er die verschiedenen Varianten der einschlägigen Symptomencomplexe classificirt wissen will.

In dem bekannten Streite zwischen Charcot und Oppenheim-Strümpell, ob man von traumatischer Neurose oder von Hysterie traumatique sprechen soll, stellt sich der Vortragende auf die Seite des ersteren, insofern er die traumatische Neurose (Oppenheim) nicht als ein Krankheitsbild sui generis anerkennt. Vortragender bemüht sich, jeden einzelnen Fall von functionell nervöser Erkrankung im Anschluss an ein körperliches oder psychisches Trauma zu specialisiren, und unterscheidet traumatische Hysterie, Neurasthenie, Psychose. Meistens gelingt die specielle Diagnose; doch kommen häufig Mischformen vor, mitunter auch Combinationen mit organischen Erkrankungen. — In der Majorität der Fälle von sogen. traumatischer Neurose handele es sich um traumatische Hysterien, und diese will Vortragender nach dem Vorgange Charcot's unter die grosse Krankheitsgruppe der männlichen Hysterie einrangirt wissen.

Vortragender selbst hat sich vor Kurzem[1]) für eine Classification der männlichen Hysterie in folgender Weise ausgesprochen: Er glaubt drei Hauptkategorien unterscheiden zu dürfen: 1) Fälle, wo nur sensible resp. sensorische Anomalien bestehen, 2) Fälle, wo sensible resp. sensorische Anomalien combinirt sind mit Motilitätsstörungen, und 3) Fälle, wo lediglich Motilitätsstörungen functioneller Natur (erhebliche Irritabilität des Herzens

[1]) Vgl. Sitzungsbericht der Vaterländ. Gesellsch. zu Breslau vom 7. Nov. 1890. — Eine ausführliche Publication erfolgt demnächst in der Medicinischen Wochenschrift unter dem Titel: „Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien".

und der Athmung, verminderte motorische Kraft oder Zittern an den Extremitäten — oft nur halbseitig ausgebildet —) anzutreffen sind. Diese dritte Kategorie grenzt sehr nahe an die einfachen Neurasthenien, deren Charakteristicum gegenüber der männlichen Hysterie in dem Fehlen irgendwelcher objectiver Symptome zu erblicken ist.

Die Majorität der Fälle gehört der zweiten Kategorie an, jedoch hat Vortragender unter 18 Fällen von männlicher Hysterie seines eignen Krankenmaterials zwei Beispiele für die erste und ebenso zwei für die zweite Kategorie beobachtet und typische Paradigmata für jede der drei Gruppen in der von Oppenheim in seiner bekannten Monographie niedergelegten Casuistik aufgedeckt (l. c.). —

Zur Vorstellung gelangen 7 Fälle von männlicher Hysterie, von welchen 2 der ersten, 1 der dritten, die übrigen der zweiten Kategorie angehören. Eine besonders eingehende Berücksichtigung erfahren bei der Demonstration die Störungen der Sensibilität und der sensorischen Functionen, welche Vortragender, wie schon aus obiger Classification hervorgeht, als diagnostisch verwerthbare objective Symptome betrachtet, falls ihr Befund unter den nöthigen Cautelen erhoben wird.

Was die Sensibilitätsstörungen betrifft, so müssten häufig wiederholte Controlleuntersuchungen, deren jedesmalige Ergebnisse am besten in ein Schema eingetragen werden, über etwaige Simulation oder Aggravation, deren häufiges Vorkommen Vortragender selbstverständlich nicht bestreitet, Aufklärung geben. Eine gewisse Inconstanz der verschiedenen diesbezüglichen Befunde im einzelnen Falle sei am vorliegenden Materiale bemerkt worden, jedoch in Grenzen, welche auch bei organischen Erkrankungen (z. B. multiple Sklerose, cerebrospinale Lues) vorkommen. Etwaige Hemianaesthesie sei — da es sich nicht immer um Analgesie, sondern meist nur um Hypalgesie handele — nur durch ganz symmetrisch applicirte Reize festzustellen. Um die Möglichkeit einer Suggestion auszuschliessen, beginne Vortragender die Prüfung nicht an den Extremitäten oder am Kopf, sondern an der Brust, möglichst nahe der Medianlinie, da an der Brust das Gefühl von der Symmetrie des Körpers wohl am wenigsten ausgebildet sei. Man bediene sich am besten elektrischer Reize mittelst der bekannten, von Erb zur Prüfung der faradocutanen Sensibilität angegebenen Elektrode; die Stärke von Nadelstichen könne der Untersucher nicht genügend abschätzen. Patient dürfe die Verschiebungen der Inductionsrolle nicht verfolgen können, er müsse derselben den Rücken zukehren oder es seien ihm die Augen zu verbinden. Es sei auch empfehlenswerth, besonders zur Beurtheilung etwaiger Hyperästhesien die Leitungsschnur vorübergehend aus ihrer Klemmschraube zu lockern, um den Strom ohne Wissen des Patienten zeitweilig zu unterbrechen (Seeligmüller).

Der Befund einer concentrischen Gesichtsfeldeinengung besitze erst dann einen objectiven Werth, wenn er bei wiederholten Prüfungen constatirt worden sei. Es sei zweckmässig, in den verschiedenen Meridianen die Aufeinanderfolge der Farbenplättchen zu ändern. Zum sicheren Nachweise einer concentrischen Gesichtsfeldeinengung sei die Untersuchung mit dem Perimeter unbedingt erforderlich. Die Bedeutung der letzteren erhellt aus einer paradoxen Erscheinung, welche Vortragender auch bei ganz zuverlässigen Patienten mit männlicher Hysterie immer nachweisen konnte, dass die Kranken selbst bei stärkster concentrischer Gesichtsfeldeinengung, — deren Richtigkeit Herr Professor Magnus

bestätigt hatte — in ihrer Orientirung und Bewegung in keiner Weise behindert waren. Wilbrand habe diese Erscheinung bereits als ein bei neurasthenischen Individuen mit Anaesthesia retinae oft zu beobachtendes Symptom beschrieben[1]).

Auf das Vorkommen dieser Erscheinung bei der sog. traumatischen Neurose sei bisher noch nicht genügend aufmerksam gemacht worden. Vortragender halte es für seine Pflicht, dies mit allem Nachdrucke zu thun, da sicherlich schon mancher Kranke mit reeller concentrischer Gesichtsfeldeinengung in den Verdacht der Simulation gekommen sei, wenn er sich trotz des grossen Defectes ungenirt und unbehindert frei bewegen konnte. Wilbrand führe dieses Phänomen auf die bei Neurasthenikern vorhandene leichte Ermüdbarkeit zurück. Bei den Anforderungen, welche bei der Bestimmung der Gesichtsfeldgrenzen von dem Auge beansprucht werden, stelle sich die relative Insufficienz der Nerventhätigkeit ganz besonders früh ein, während die absolute Ausdehnung des Gesichtsfeldes sicher grösser sei, wenn diese Patienten, ohne einen Gegenstand zu fixiren, also ohne ihre Augen besonders anzustrengen, einhergehen. — Was die Häufigkeit des von manchen Autoren gering geschätzten oder sogar geleugneten Symptoms der concentrischen Gesichtsfeldeinengung betrifft, so hat Vortragender dasselbe bei seinem einschlägigen Materiale von 18 Fällen bei 10 Kranken constatiren können. In 4 Fällen war die Prüfung verabsäumt worden. Bei 4 Kranken wurde das Symptom vermisst; von diesen gehören 2 zu der dritten Kategorie von männlicher Hysterie (s. o.). Mit Ausnahme eines einzigen Falles war die Einengung immer auf beiden Augen nachweisbar.

Bei der perimetrischen Untersuchung hat Vortragender in den letzten Wochen — angeregt durch eine Arbeit von O. Koenig (Breslau)[2]) — auf das Vorkommen der Gesichtsfeldeinengung nach dem Foerster'schen Typus, auf den sog. „Verschiebungstypus der G.-F.-E.“ geachtet. Dieses von Foerster 1877 in die Ophthalmologie eingeführte Symptom wurde besonders von Wilbrand (l. c.) bearbeitet. Neuerdings hat Koenig speciell die sog. traumatische Neurose berücksichtigt[3]). Vortragender hat trotz der kurzen Beobachtungszeit das Symptom bereits bei einigen Fällen von männlicher Hysterie und von Neurasthenie nach Trauma angetroffen und erblickt in ihm, obwohl es nicht in allen Fällen ausgebildet sei, eine erwünschte Bereicherung des Symptomencomplexes der Unfallsnervenkrankheiten. Ohne ganz specielle Sachkenntniss lasse sich nämlich der „Verschiebungstypus“ nicht simuliren[4]).

---

[1]) Ueber neurasthenische Asthenopie und sog. Anaesthesia retinae vgl. Archiv f. Augenheilkunde, Bd. XII.

[2]) Beobachtungen über Gesichtsfeldeinengung nach dem Foerster'schen Typus, vgl. Archiv f. Augenheilkunde, Bd. XXII.

[3]) In einer binnen Kurzem in der Berliner klin. Wochenschrift erscheinenden Arbeit: „Ein objectives Krankheitszeichen der traumatischen Neurose“.

[4]) Anmerkung bei der Correctur: Inzwischen habe ich nach diesem Symptom bei 29 Individuen geforscht, von welchen 18 an Neurosen und unter diesen 14 speciell an „Unfallsnervenkrankheiten“ litten. Ueber das Ergebniss meiner Untersuchungen will ich vorläufig nur berichten, dass unter diesen 18 Fällen das Symptom in 10 Fällen aufgefunden wurde; in 5 Fällen war es unvollkommen entwickelt; in 3 Fällen wurde es vermisst.

Zur Feststellung des Verschiebungstypus gehören stets zwei Gesichtsfeldaufnahmen mit entgegengesetzt gerichteter Objectführung (5 mm Quadrat). Bei der ersten G.-F.-A. führt man stets das Object von der Schläfe zur Nasenseite hin und notirt in jedem Meridian den Ort des Sichtbarwerdens und des Verschwindens. Bei der

An den Geschmacks- und Geruchsfunctionen hat Vortragender an mehreren Fällen eine bisher wohl noch nicht beschriebene eigenthümliche Insufficienz beobachten können. Patienten, welche bei der hierbei üblichen Prüfungsmethode eine Hemianosmie resp. Hemiageusie für local applicirte Reize erkennen liessen, besassen, obwohl sie somit auf der einen Zungenhälfte resp. der einen Nase geschmacks- resp. geruchsempfindlich waren, kein Unterscheidungsvermögen selbst für gewöhnliche Speisen oder Gerüche. So wussten sie nicht, welche Fleischsorte sie assen, ob sie Milch oder Kaffee tranken; den salzigen Geschmack des Brompulvers nahmen sie nicht wahr, ebensowenig den Geruch von angebrannter Milch oder den scharfen Chlorgeruch. Diese Angaben stammen von 3 durchaus glaubwürdigen Patienten. Diese Functionsstörung pflegte sich immer erst nach mehrfach wiederholter energischer Faradisation der anaesthetischen Nasen- resp. Zungenhälfte wieder auszugleichen.

Bei der Besprechung seiner therapeutischen Erfahrungen hebt Vortragender besonders hervor, dass es ihm in mehreren Fällen durch starke Inductionsströme mit dem Pinsel — allerdings erst nach häufigen, langen Sitzungen — gelungen ist, Analgesieen von monatelangem Bestande günstig zu beeinflussen und nach und nach zu fast völligem Ausgleich zu bringen. Hierbei sei auch die motorische Schwäche wesentlich zurückgegangen, ebenso eine Erweiterung des Gesichtsfeldes eingetreten.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Gubitz und Dornblüth.

360) Dr. **Hahn** (Breslau) stellt einen Fall von chronischer Geisteskrankheit vor, der sich im Anschluss an fortgesetzten Alcoholmissbrauch herausgebildet hat.

Die 36 Jahre alte, erblich nicht belastete Frau Agnes Sch., Mutter drei gesunder Kinder, ergab sich vor 7 Jahren dem Trunke. Die früher intelligente, fleissige Frau war schliesslich fast stets berauscht und vernachlässigte Alles. — Im weiteren Verlauf drei Krankheitsstadien zu unterscheiden:

I. Am 2. II. 89 plötzlich ein Zustand schwerer Benommenheit mit Schluck- und Articulationsbehinderung, hochgradige Schwäche, völlige Unsauberkeit, keine halbseitigen Symptome. Bei ihrer Ueberführung in die Klinik am 4. II. schon Besserung der motorischen Krankheitserscheinungen. Patientin konnte gehen und stehen, einige aufgetragene gröbere, doch keine feineren complicirten Bewegungen ausführen, dabei erheblicher Tremor und leichte Ataxie. Keine Sensibilitätsdifferenzen, kein Fussklonus, normale Reflexe. Dement-euphorisches Wesen, der Situation gegenüber die Neugier eines unbefangenen Kindes. Verständnisslosigkeit für fast alle an sie gerichteten Fragen. Colossale Sprachstörung, nur unverständliches Lallen. Völlige Unfähigkeit zu lesen, schreiben, rechnen. Körperliche Hilflosigkeit, grosse Gefrässigkeit, Unsauberkeit.

II. Stadium allmählicher Rückbildung der Ausfallserscheinungen. Langsame Besserung der Sprache, Silbenstolpern, Herauspressen einzelner Sätze, sonderbares Stottern. Aber Unfähigkeit, vorgehaltene Gegenstände durch

---

zweiten G.-F.-A. führt man das Object stets von der Nase nach der Schläfe. Man erhält dann zwei Gesichtsfelder, deren Begrenzungslinien sich schneiden und von denen jedes nach der Richtung hin, von der das Object hereingeführt wurde, grösser ist als das andere.

den Tast- und Gesichtssinn zu erkennen, obwohl Patientin mit dem Gebrauch der betr. Dinge völlig vertraut ist. Kein Verständniss für häusliche Verrichtungen, Nähen, Stricken u. s. w. Nur Grossgedrucktes langsam buchstabirend gelesen, statt Schrift völlig unkenntliches Gekritzel. Unorientirt über Zeit, Ort, Familienverhältnisse, Vergangenheit, Krankheitseinsicht; Patientin hat gelernt, dass sie zu viel Schnaps getrunken. — Gewichtszunahme. Fast stets sauber. Weiterhin freieres Wesen, Auftauchen einzelner, aber in der chronologischen Reihenfolge confundirter Erinnerungen. Patientin erkennt und benennt die meisten Gegenstände richtig. Noch immer erhebliches Silbenstolpern. Wiedererlernen feinerer Bewegungen, Schleifebinden, Nähen und Stricken. Patientin liest fliessend, malt Vorgeschriebenes nach, ist sauber und adrett in ihrem Aeusseren, handelt überlegt, ist freundlich, bescheiden, gutmüthig, hilfbereit. Aussicht auf „Heilung mit Defect".

III. Seit Anfang 1890 Veränderung in dem Wesen der Patientin. Ist oft reizbar, ärgerlich missgestimmt, will nicht mehr arbeiten, dringt auf Entlassung, ist schlaflos. Eifersuchtsideen auf den Mann, der sie mit anderen Frauen betrügt und ihr Geld durchbringt; Gehörshallucinationen persecutorischen Inhaltes mit nachfolgenden Tobsuchtsanfällen, wird aggressiv, glaubt sich von dem Arzt vergiftet und misshandelt. Pointirtes rechthaberisches Wesen, selbstbewusstes Auftreten, spricht im Befehlshaberton. Schliesslich Production phantastischer Grössenideen, Confabulationen. Ist die Tochter des russischen Kaisers, schon einmal in einem Glassarge in Sibirien beerdigt, besitzt grosse Reichthümer; ist ermordet, zerstückelt, mit einem Schiff in die Luft gesprengt u. s. w.

Vortragender behält sich eine ausführliche Publication dieses Falles für später vor.

361) Dr. **Freund** (Breslau) demonstrirt eine Anzahl von Präparaten, welche nach Golgi und Ramon y Cajal hergestellt sind. Die Präparate betreffen Grosshirn- und Kleinhirnrinde, sowie Rückenmark von Embryonen; es werden besonders noch die Verästelungen der eintretenden hinteren Wurzeln (Abgabe von Collateralen) demonstrirt.

362) Dr. Dr. **Sachs** und **Lissauer** (Breslau) demonstriren Gehirnschnitte mittelst des Projectionsapparates.

---

## 55. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte am 2. März 1891 im Auditorium der kgl. psychiatrischen Klinik zu Breslau.

Anwesend die Herren: Adler (Breslau) als Gast, Auerbach (Breslau), Buttenberg (Rybnik), Creutzberger (Breslau), Dornblüth (Bunzlau), Eicke (Pöpelwitz), Freund (Breslau), Gubitz (Breslau), Hahn (Breslau), Kemmler (Breslau), Kleudgen (Obernigk), Kloss (Owinsk), Kurella (Kreuzburg) als Gast, Lasch (Breslau), Lissauer (Breslau), Mann (Breslau), Cl. Neisser (Leubus), Oswald (Glasgow) als Gast, H. Sachs (Breslau), Sandberg (Breslau), Schwahn (Breslau), Wernicke (Breslau). (Autorreferat.)

363) Dr. **Lissauer** (Breslau): Klinisches und Anatomisches über die Heerdsymptome bei Paralyse.

Der Vortrag lässt sich an dieser Stelle nur in den Umrissen wiedergeben. Vortragender legt von vornherein Gewicht darauf, dass mit seltenen Ausnahmen cerebrale Heerdsymptome nur acut und im Zusammenhange mit paralytischen Anfällen apoplectiformer oder epileptiformer Art auftreten, so-

dass man darauf rechnen darf, vom Studium der erstgenannten Symptome ausgehend auch auf die Anfälle selbst Licht werfen zu können. Unter den Heerdsymptomen führt Vertreter besonders an die Hemiopie, welche er imgemein häufig nach paralytischen Anfällen beobachtete, ferner ist sehr gewöhnlich die Monoplegia brachialis im Sinne Wernicke's, bei welcher bei erhaltenen Massenbewegungen nur die feinere Motilität der Hand und das Tastvermögen verloren geht, wahrscheinlich in Folge der gestörten Lageempfindung; Hemiopie ist bemerkenswerther Weise mit der letztgenannten Störung oft verbunden; beide Heerdsymptome beobachtet man zuweilen monatelang gleichmässig fortbestehend, und sie eignen sich deshalb ganz besonders zur anatomischen Verwerthung.

Vortragender hat nun versucht, in einigen Fällen, in denen die eben genannten Erscheinungen dauernd bestanden, ihre anatomische Grundlage festzustellen. Von einigen Autoren werden die Piaadhäsionen und Decorticationen, welche öfters in begrenzten Rindengebieten vorkommen, als Ursache resp. anatomische Grundlage der im Leben beobachteten cerebralen Heerdsymptome betrachtet. Vortragender hält jedoch die Decorticationen für unzuverlässig, sie können auch Kunstproduct sein. Genauere mikroskopische Untersuchungen einschlägiger Fälle sind erforderlich.

Vortragender stiess nun bei der Ausführung solcher Untersuchungen auf einen sehr charakteristischen Befund in der Hirnrinde. An dicken Schnitten von Chrompräparaten erschienen in derselben helle Schichten, die normaler Weise fehlen. An Alcoholpräparaten liess sich dem entsprechend ein sehr starker Schwund von Ganglienzellen in bestimmten Schichten nachweisen, und zwar betraf dieselbe vorwiegend die 2. und 3. Schicht des Meynertschen Schemas; dieselben können fast vollständig verschwinden; auch die übrigen Zellformen leiden dabei, mit Ausnahme der sehr resistenten Körnerschicht (der äusseren!), welche stellenweise fast ganz allein übrig blieb.

Diese „schichtenweise Degeneration“ fand sich im Cuneus, Occipital- und Scheitellappen, bis in die Nachbarschaft der hinteren Centralwindung. Sie erklärt einerseits die im Leben beobachtete Hemiopie, andrerseits die Störung im Gebrauch der Hand, welche wahrscheinlich auf den Parietallappen bezogen werden muss. Soweit galten also die Localisationsgesetze auch im Gebiet der Paralyse.

Die „schichtenweise Degeneration“ tritt übrigens nicht gleichmässig über grössere Strecken, sondern in unregelmässigen Flecken zerstreut auf. Vortragender sucht in ihr nur einen ganz ungewöhnlich hohen Grad des systematischen Degenerationsprocesses, welcher überhaupt die Paralyse ausmacht; dieser Process führt nicht nur zu Faserschwund, sondern, wie die Nisslsche Methode dargethan hat, auch zum Untergang von Ganglienzellen in der Rinde. Durch eine besonders intensive Erkrankung bestimmter Hirnprovinzen, welche für gewöhnlich nicht so schwer zu leiden pflegen, wie z. B. des Cuneus, werden die cerebralen Grundsymptome bei Paralytikern bedingt. Die paralytischen Anfälle erscheinen danach als ein plötzliches heftiges Anschwellen des paralytischen Processes in bestimmten Rindenterritorien. Entwickelt sich die Erkrankung dagegen langsam in den bekannten Prädilectionsstellen, dem Frontallappen, Gyr. fornicat., der Insel, so haben wir die klassischen Symptome der Paralyse, ohne besondere Heerderscheinungen.

Die obige Rindendegeneration führt noch zu allerlei anatomischen Folgeerscheinungen; so zu fleckiger und strangförmiger Degeneration im

Marklager der Hemisphäre, wie sie Friedmann beschrieben hat, und ferner zu den vom Vortragenden nach paralytischen Anfällen gefundenen Veränderungen an Thalamus opticus. Einzelheiten hierüber müssen der ausführlichen Publication vorbehalten bleiben.

Schliesslich weist Vortragender auf gewisse Fälle hin, bei denen Anfälle ganz nach Art der paralytischen das Hauptsymptom bilden, während die übrigen charakteristischen Symptome der Paralyse wenig ausgeprägt sind. Solche Fälle imponiren als idiopathische Jackson'sche Epilepsie, wenn nach wiederholten epileptiformen Anfällen jedesmal ein bestimmtes Heerdsymptom transitorisch auftritt. Einen solchen Fall, der wiederholt nach Anfällen vorwiegend sensorische Aphasie darbot, hat Vortragender anatomisch untersucht und durchaus die Veränderungen der Paralyse — nämlich hochgradigen, bis in's Mark eindringenden Faserschwund — gefunden, aber in einer ungewöhnlichen Localisation, nämlich vor Allem im linken Schläfelappen, während die Veränderungen im Stirnhirn sehr geringfügige waren.

Vortragender bezeichnet diesen und ähnliche Fälle als „abnorm localisirte Paralysen".

An der Discussion betheiligen sich die Herren: Auerbach, Wernicke und der Vortragende.

364) Dr. **Hahn** (Breslau) stellt vor: Einen Fall von acuter Geisteskrankheit im Kindesalter.

Der 10jährige, nicht psychisch belastete Knabe Arthur Sch., ein schwächliches, doch intelligentes, lebhaftes Kind, erhielt am 10. Jan. 1891 wegen eines geringfügigen Versehens von dem Lehrer mit einem dicken Rohrstock einen heftigen Schlag auf die linke Schläfen- und Parietalgegend des Kopfes. Seitdem heftige Kopfschmerzen, Gefühl, als ob der Kopf dort ganz weich wäre, eine Kugel im Kopf herumrollte.

Am 15. Januar 1891 besonders schläfrig und apathisch; gegen Abend ein heftiger Angstzustand, vereinzelte klonische Zuckungen in der Extremitätenmuskulatur, Angstgefühle in der Herzgegend. Gehörs- und Gesichtshallucinationen: „Die Mutter ist gestorben; ich sehe sie; sie ist schon ganz kalt." Illusionen des Gesichtes. Wahnhafte Angstvorstellungen. Selbstanklage — Delirien.

Am folgenden Tage klarer, völlig erhaltene Erinnerung an seinen gestrigen Zustand. Gegen Abend hallucinatorische Delirien; sah Figuren, Katzen, Mäuse, Clowns; glaubte, auf Pferden zu reiten. Rechtsseitige Facialiszuckungen; rhythmisches Auf- und Zuklappen des Mundes. Unmotivirter Stimmungswechsel, bald lebhaft lachend, bald sehr ängstlich. Schlaf auf Chloral. Am nächsten Tag Zustände mit reizbarer Verwirrtheit, schlug nach der Mutter, verlangte nach Essen, als er gerade gegessen; kauerte sich im Bett zusammen, winselte wie ein Hund, knurrte und versuchte zu beissen, sobald die Mutter oder die Spielkameraden an ihn herantraten. Vermehrte Speichelsecretion. Andauerndes Wiederholen von Worten und ganzen Sätzen (Verbigeration): „Hm, das nutzt nichts! Hm, das nutzt nichts!" etc. „Sie hängen mich auf! Sie hängen mich auf!" etc. „Ich bin gebunden, lasst mich los! Ich bin gebunden, lasst mich los!" etc. Einmal unsauber. Verlust der Krankheitseinsicht. Bis zum 22. Januar Fortdauer des hallucinatorischen, meist in Anfällen auftretenden Erregungszustandes. Seitdem ruhiger, nur vereinzelte Gehörshallucinationen. Bei der Ueberführung in die Klinik am 28. Januar schon im Reconvalescenzstadium. Keine halbseitigen Symptome.

Krankheitseinsicht. Ziemlich ungetrübte Erinnerung an die Sinnestäuschungen. Geheilt entlassen am 7. März 1891.

365) Einen Fall von acuter Verwirrtheit. Bei Pat., einem fleissigen und intelligenten Buchdrucker, mit zweifelhaften Symptomen einer Bleivergiftung, stellte sich nach einem etwa drei Wochen währenden, prodromalen Erregungszustand ein seit 20. Nov. 1890 stabiler Zustand ideenflüchtiger Verwirrtheit ein. Heiter-übermüthige Stimmungslage, fast stets lachend, possirliches Mienen- und Geberdenspiel, altklug-kindischer Gesichtsausdruck. Ziemlich lebhafter Bewegungsdrang. Unermüdliches Reden; Pat. spricht unaufhörlich in interrupter Satzform völlig zusammenhanglose Dinge durcheinander, dabei bald diese oder jene Person anredend, einer dritten zunickend und gesticulirend. Auf eindringliche Fragen zuweilen eine ganz zeitgemässe Antwort, aber dann sogleich abgelenkt. Einige Proben: „Lupus incarnus in fabula. Du hast ja Diamanten und Perlen und das ist Gottesberg. Das ist ja die Nelke, und das alte Weib grüsst dazu. Der Berg der Erden, das ist der ganze Guckkasten. Adam und Eva. Und der Vater der Sünde ist Schafkopf gewesen — und Onkel und Ida schachmatt.“ (Auf die Wärterzeichen und Rockkragen eines Wärters — Messingsterne — weisend) „Der mit den Sternen hat den ganzen Tag Schnee geschaufelt.“ (Es spricht Jemand laut) „Wer so einen Scandal macht, das ist ein rotziges Pferd, ein Thier.“ (Auf die Brille eines Patienten deutend) „Ich brauche kein Pince-nez, das kostet 6 Wochen Gefängniss.“ (Es wird ihm ein Wurst-Butterbrot gereicht) „Ich bin Hoflieferant für jüdische Wurst.“ (Sieht nach dem Bart des Arztes, fasst sich an das Kinn) „Habe einen feinen Bart und den lasse ich mir abnehmen, den Franzosenbart, sind Sie Spiritist? Ich muss es glauben, weil ich ein gutes Auge habe.“ (Es niest Jemand) „Schnupfen habe ich nicht. Wenn es regnet, fallen Tropfen.“ „Wie lange sind Sie hier?“ „Einen Tag — Wenn man den Telegraphen und eine Lampe sieht, das ist doch elektrische Beleuchtung.“ „Warum sind Sie hier in der Anstalt?“ „Weil ich Alles verkehrt mache — sonst habe ich keinen Fehler in meiner Correctur.“ „Haben Sie Geschwister?“ „Ja 5; Auguste, Adam und Eva, weiter nichts. Der Otto ist jung, der Reformator der Erde. Krankes Schwein muss erst begraben und dann gebacken sein.“ Andauernde Fixation des Pat. unmöglich, aber Pat. kann das Vaterunser beten, einzelne Gedichtstrophen hersagen, ohne sich zu unterbrechen, und ganze Liedermelodien correct pfeifen, sowohl spontan, als auf Befehl. Stets guter Appetit. Schlaf oft unruhig, keine eigentliche Affectzustände, nur selten Zornausbrüche, aber Pat. ist wie ein Kind, leicht zu besänftigen. Läppisch-tändelndes Spielen mit zusammengesuchten Gegenständen. Hallucinationen oder abnorme körperliche Empfindungen nicht mit Sicherheit festgestellt. Zuweilen scherzhafte Verkennungen. Orientirung über Ort, Zeit, Krankheit anscheinend völlig verloren, hinsichtlich familiärer Verhältnisse beschränkt. Ueber Stand und Beschäftigung zuweilen ganz klare Angaben. Vortragender legte bei der Besprechung dieses Krankheitsfalles besonders Gewicht auf das primäre Einsetzen des dauernden Zustandes von Verwirrtheit, ein Zustand, der ohne Remission, selbst ohne eine Pause bislang bestehend, sich von der bei ächt maniakalischer auf Ideenflucht beruhenden Verwirrtheit scharf unterscheidet, ferner darauf, dass der Gedankenfluss des Pat. wesentlich beeinflusst wird dadurch, dass Pat. Personen, Gegenstände und Ereignisse in seiner Umgebung, soweit sie durch Sinneseindrücke auf sein Bewusstsein einwirken können, in den Kreis seiner Betrachtungen einbezieht (Hypermetamorphose —

Neumann). Diese fortwährende Ablenkung durch Sinneseindrücke spielt in dem Mechanismus der Verwirrtheit offenbar eine bedeutsame Rolle.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Wernicke, Neisser, Kurella, Dornblüth.

---

## Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 8. Juni 1891.

Fortsetzung der Discussion über die Vorträge der Herren Jolly und Remak.

Bernhardt erwähnt, dass unter 12 Choreatischen 10,8 % nervös belastet waren; eine directe Vererbung der Chorea hat er nicht gesehen. B. hat den Eindruck, als wenn auch bei Tic convulsif, Maladie des Tics, Myoclonie und ähnlichen Affectionen die Epilepsie in der Ascendenz eine ganz besondere Rolle spiele.

Wollenberg: Das in der letzten Sitzung von Moeli erwähnte Gehirn ist bis jetzt nur auf die sogenannten Choreakörperchen untersucht worden; die Untersuchung fiel negativ aus; er sei überhaupt zu dem Resultate gekommen, dass dieser Befund nichts Specifisches hat und sich auch in anderen Gehirnen findet, wie das Sander schon im vorigen Jahre ausgesprochen habe.

Jolly hat nie einen Fall gesehen, in dem bei congenitaler Chorea, Chorea in der Ascendenz beobachtet worden ist; er erinnere sich hingegen eines Falles, der voriges Jahr in der Münchener med. Wochenschrift publicirt wurde, wo eine choreatische Mutter ein choreatisches Kind zur Welt brachte.

Moritz Meier glaubt, dass man die Chorea der Kinder nicht mit den übrigen Formen zusammenwerfen dürfe; die Kinderchorea sei wohl eine Infectionskrankheit.

Jolly ist derselben Ansicht, aber mit der Bezeichnung „acut“ und „chronisch“ käme man wohl aus.

Senator ist auch der Ansicht Meier's, dass zu viel in das Gebiet der Chorea hineinbezogen wird; den Namen der Huntington'schen Chorea könnte man beibehalten; die Fälle choreatisch-spastischen Charakters gehörten jedoch nicht hierher.

Jolly schlägt vor, für „Huntington'sche Chorea“ chronische Chorea zu sagen.

366) **Lewin:** Ueber einen forensischen Fall von conträrer Sexualempfindung.

Es handelt sich um einen hereditär belasteten Schauspieler, der sich auf eine höchst raffinirte Art den höchsten Wollustgenuss verschaffen wollte dadurch, dass er sich auf allerhand Art peinigen und zu gleicher Zeit päderastiren zu lassen die Absicht hatte. Vortragender meint, der Fall gehöre vielleicht in die Kategorie der Psychopathia sexualis; jedenfalls sei der Betreffende als blödsinnig im Sinne des Gesetzes anzusehen.

Discussion: Mendel sieht in der Art der Behandlung der Psychopathia sexualis, wie es Krafft-Ebing thut, einen Rückschritt. Es liegt die Gefahr nahe, dass wir dadurch zurückkommen zu der alten Lehre von den Monomanien. Der Cardinalpunkt ist der, ob ausser dem verkehrten Geschlechtstriebe andere Spuren von Geistesstörung vorhanden sind. Man

geht zu weit, wenn man alle Roués für geisteskrank erklären wolle. Es gibt viele physisch normale Menschen, die perverse Triebe haben, aber dieselben beherrschen können, wenn sie wollen. Er habe nicht die Ueberzeugung gewinnen können, dass es sich in dem vorliegenden Falle um einen Geisteskranken gehandelt habe.

Sauder möchte nur gegen den Gebrauch des Ausdrucks „conträre Sexualempfindung“ in diesem Falle sich wenden; pervers mag die Empfindung sein, aber es ist nicht bewiesen, dass es eine conträre ist, und es ist sehr wesentlich, dass man diesen Unterschied macht, weil bei dem conträr sexual Empfindenden die Zuneigung zu dem anderen Geschlecht ausgeschlossen ist; denn in dem vorliegenden Falle handle es sich doch wohl um einen Geisteskranken.

Lewin glaubt doch, dass der Angeklagte geisteskrank war. Er scheine ihm auch conträr-sexuell zu sein. Gleichfalls ist er gegen den Ausdruck Psychopathia sexualis.

Moeli: Die conträre Sexualempfindung ist jedenfalls als etwas viel mehr Pathologisches aufzufassen als die perverse. Die Conträrsexuellen leiden zum grossen Theile an den Folgen dieses Triebes. In vielen Fällen ist es schwer zu sagen, wie viel ist angeboren, wie viel ist Erziehung, Angewohnheit, Folge bösen Beispieles etc.

Die Leute, die den Arzt aufsuchen, sind meist Neurastheniker; diese Neurasthenie ist aber oft erst die Folge der conträren Sexualthätigkeit.

Jolly schliesst sich den Ansichten Mendel's und Moeli's an, hält namentlich die Aufstellung der Psychopathia sexualis für etwas sehr Schädliches. Koenig (Dalldorf).

---

# II. Referate und Kritiken.

367) **Jastrow**: Experiments upon the Pressure Sense.
(Americ. Journal of Psychology III. No. 1.)

The apparatus used was a modification of a post-office balance, in which the initial and incremental weights were placed upon the scale pan, thus exerting an upward pressure upon the finger applied to the end of the beam. Arrangements were made by which the pressure could be instantly removed, and the effects of fatigue avoided. The arm, hand and finger were comfortably fixed. To obtain a normal sensibility experiments were made according to the method of right and wrong cases: doubtful answers were excluded, so that half the answers would be correct by chance. At the bidding of the subject a pressure was brought to bear upon the finger: at a second signal the pressure was increased or diminished: at a third the original weight was restored. The subject had to decide whether the middle pressure was lighter or heavier than the extremes. The two initial weights used were 315 and 105 grm., and these were increased or diminished by (1) $^1/_7$ or (2) $^1/_{21}$ of these weights. The resulting observations are given in a table. They show that the psycho-physic law is approximately adhered to, though with variations dependent upon the small number of

observations. The fineness of the pressure-sense is arrived at by determining the average ratio at which 25 pro cent of errors should occur in the subjects (in this experiment two in number) and taking the mean: this gives the "most probable error". Thus, if the mean of the two ratios be 1.067, the fineness of the pressure-sense is expressed by saying that its probable error is 0.067, or about $^1/_{15}$.

The last part of the paper is upon just observable differences, and in it the author describes what he says is a hitherto un-noticed mode of testing such differences. It consists in having the subject produce a stimulus just longer (more intense) or just shorter (less intense) than a given stimulus. The advantage, of this method is that a knowledge of the direction of the difference is made necessary by it: this is by no means the case with the commonly-employed plan — that of requiring the subject to judge differences presented to him. In the first series of experiments made fifty lines were drawn, their lengths varying arbitrarily from 25—150 mm. After viewing a line it was covered over, and an attempt made to draw a line just longer. In the next series the task was to draw the lines just shorter than the original lines: and, in a third series, to draw them just equal. On another occasion these processes were repeated, but the original line was kept in sight whilst the other was being drawn: no fitting of the ends of lines being of course possible. A table is given containing the average number of mm. by which a line differs from an original one under the three cases, and upon the two occasions. The conclusions drawn are: 1) that the error when the two lines are seen is less than when not seen; 2) that the just perceptible differences are much larger than those found by the more usual method; 3) that the difference is greater in drawing the just shorter than the just longer lines; 4) that the error in drawing lines equal is quite small. The author describes this method as one by which a reliable quantitative result may be easily obtained. E. Goodall.

---

368) **B. Perez**: Le caractère et les mouvements.
(Revue Philosophique 1891, Nr. 1.)

Trotzdem die althergebrachte Eintheilung der verschiedenen Charaktere sichtlich nicht genügt, ist es doch bisher nicht gelungen, diese durch eine andere zu ersetzen. Verf. macht in dieser Studie einen Versuch dazu, indem er, die verschiedenen Formen der Bewegung zur Grundlage nehmend, die lebhaften, trägen und heftigen (ardents) Charaktere als Haupttypen aufstellt, welche natürlich die mannigfachsten Combinationen eingehen können. Die Charakterbilder, welche Verf. für jeden Typus entwirft, erscheinen aber nicht ganz der Natur entsprechend und beweisen dadurch, dass diese Eintheilung, wie Verf. sich dessen auch bewusst ist, nicht allen Anforderungen entsprechen kann. H. Dehio (Riga).

---

369) **Ed. Michelsohn**: „Untersuchungen über die Tiefe des Schlafes". Inauguraldissertation, Dorpat 1891.

Die unter den Auspicien Prof. E. Kraepelin's gearbeitete Dissertation beschäftigt sich mit der Nachprüfung und Erweiterung der bisherigen Arbeiten auf diesem Gebiete nach einer einwurfsfreien Methode, von der das Original eine genaue Beschreibung giebt. Da die Versuche sich über mehrere Jahre erstreckten, und an verschiedenen Personen experimentirt wurde, so sind

die Ergebnisse als recht gesichert anzusehen. M.'s Curve des normalen Schlafes entspricht im Allgemeinen den Angaben der früheren Autoren; auch er findet die grösste Schlaftiefe in der zweiten Stunde, dann erst schnellen, später langsameren, in recht regelmässigen Schwankungen sich vollziehenden Abfall der Curve. Von Interesse ist, dass die Schlaftiefe im Winter bis dreimal so gross sein kann, als im Sommer, wobei freilich die hellen Nächte des nordischen Sommers berücksichtigt werden müssen. — Einzelne Versuchspersonen, ja dieselben Personen zu verschiedenen Zeiten, gaben Curven von einem anderen Typus, mit allmählichem Anstieg und ebenso allmählichem, unregelmässigem Abfall, deren Maximum viel später als in der Norm auftrat.

Diese Versuchspersonen erwiesen sich aber als mehr weniger neurasthenisch, und wo eine Aenderung der Schlafcurve in diesem Sinne eintrat, wurden Symptome einer beginnenden Neurasthenie nicht vermisst.

Der Nachmittagsschlaf bietet eine ähnliche, aber in allen Dimensionen kleinere Curve, also kleineres, aber schon in der ersten Stunde eintretendes Maximum, dem der Abfall, nach demselben Typus wie beim Nachtschlaf, rasch folgt. Wird Paraldehyd in Schlafdosis genommen, so nähert sich die Curve des Mittagsschlafes sehr der Curve des normalen Nachtschlafes.

Die genannten Thatsachen geben manche neue Gesichtspunkte für die Physiologie und Pathologie des Schlafes, welche der Verf. zur Genüge betont. In ersterer Beziehung wäre von praktischer Bedeutung, dass die grösste Schlafleistung in den ersten Stunden sich vollzieht; in zweiter Beziehung könnten verschiedene Formen der Schlaflosigkeit, beispielsweise die Schlaflosigkeit bei der Manie, beim Senium einerseits, bei der Neurasthenie und Melancholie andererseits als pathologische Abweichungen von der normalen Schlafcurve aufgefasst werden. — Die aus dem Paraldehydschlafe gewonnenen Daten zeigen, dass vermittelst dieser Methode auch die Kenntniss der Schlafmittel fruchtbringend gefördert werden kann. H. Dehio (Riga).

---

370) **A. Löwy** (Berlin): Ueber den Einfluss einiger Schlafmittel auf die Erregbarkeit des Athemcentrums nebst Beobachtungen über die Intensität des Gaswechsels im Schlafe beim Menschen.

(Berl. Kl. Wochenschr. 1891 Nr. 18.)

Die theoretisch interessanten Experimente (Erhöhung des Athemreizes durch gleichstarken Kohlensäurereiz) bei sechs Personen ergaben, dass die Erregbarkeit des Athemcentrums bei derselben Person sich gleich verhielt und dass sie auch im natürlichen, wie in dem durch Chloralhydrat (4 gm), Amylenhydrat ($4^1/_2$—5 gm), Chloralformamid ($5^1/_2$—6 gm) herbeigeführten Schlaf ganz oder fast ganz ungeändert blieb, nur durch Morphin wurde sie herabgesetzt, und zwar nicht nur im Morphinschlafe selbst, sondern schon bevor dieser eingetreten war.

L. schliesst daraus, dass die Herabsetzung der Athemthätigkeit im Schlafe allein auf eine Verminderung der Athemreize zu beziehen sei und dass nur beim Morphin die Abnahme der Erregbarkeit des Athemcentrums noch hinzukomme.

Die Untersuchungen bezüglich des Gaswechsels führten L. zu dem Resultat, dass der Schlaf (auch der durch Morphin künstlich erzeugte) keinen directen Einfluss auf die Oxydationsprocesse im Körper ausübe.

Hoppe (Allenberg).

---

371) **S. Exner**: Ueber Sensomobilität.

(Arch. f. d. ges. Physiol. 48 Bd. 11 u. 12 Heft.)

Mit dem Namen „Sensomobilität" bezeichnet der Verfasser die Bewegungsfähigkeit, sofern sie von sensorischen Eindrücken beeinflusst, beherrscht oder bedingt wird. Eine solche Beeinflussung unserer Bewegungen durch centripetale Impulse ist viel häufiger, als man gewöhnlich glaubt. Die einfachste und geläufigste Form ist der Reflexact. Aber es gehören in dieses Gebiet viel mehr Bewegungen des thierischen Körpers. So ist selbst im extremsten Sinne die Unfähigkeit des Taubstummen darauf zurückzuführen, dass er seine motorischen Sprachimpulse nicht durch sensorische Eindrücke reguliren kann.

Den Ausgangspunkt für die Reflexionen des Verfassers bildete die sonderbare Thatsache, dass beim Kehlkopf des Pferdes die Durchschneidung des rein sensiblen N. laryngeus superior eine Lähmung der betreffenden Kehlkopfhälfte mit nachfolgender Entartung der Muskulatur hervorrufe. Nun hatte Bell zwar schon gezeigt, dass Durchtrennung des Oberkieferastes des Trigeminus eines Esels denselben unfähig mache, das Maul zu spitzen, die Lippen zu heben, um das Futter aufzuraffen. Ein solches Thier sei gezwungen, sein Futter mit der Zunge aufzulecken. Dieselben Ausfallserscheinungen liessen sich beim Pferde nachweisen. Durchschneidungen des Trigeminus wirkten gerade so wie solche des Facialis: das geschickte Muskelspiel ist geschwunden und die Oberlippe verhält sich wie gelähmt. Magendie hatte beim Kaninchen ebenfalls nach Durchschneidung des Quintus motorischen Ausfall beobachtet. Aber erst Filehne hat im Jahre 1886 von Neuem auf diese in Vergessenheit gerathenen Thatsachen aufmerksam gemacht, dass zwei Nerven einander so beeinflussen, dass Verlust der sensiblen Eigenschaften des einen dem anderen seine motorische Fähigkeit raube. Auch er sah nach intracranieller Durchschneidung des Trigeminus beim Kaninchen, dass der Ohrlöffel der operirten Seite zurückgefallen dem Nacken anliege, seine Spitze medianwärts abgelenkt sei und wie gelähmt aussehe. Doch war die Lähmung nur eine scheinbare, da das Ohr bisweilen bewegt werden konnte. Nur der Muskeltonus war geschwunden in Folge des Fehlens sensorischer Eindrücke.

Nach Mittheilung dieser historischen Thatsachen bespricht Verfasser eine Reihe von Bewegungsvorgängen, die durch sensorische Eindrücke beherrscht resp. modificirt werden:

Der einfachste, hierher gehörige Vorgang ist z. B. die reflectorische Oeffnung des Pylorus während der Verdauung oder die Pupillenreaction. Beides ist vom Bewusstsein unabhängig, weder die sensorische, noch die motorische Erregung gelangt zum Bewusstsein, beides kommt ohne Grosshirn zu Stande und kann in seinem Verlauf nicht willkürlich gehemmt oder beschränkt werden. Etwas höher steht schon das reflectorisch erfolgende Blinzeln. Hierbei gelingt es schon durch den Willen, den Reflex zu unterdrücken. Häufig erfolgt das Blinzeln jedoch auch gegen die Willensintention und wird selbst nach Abtragung des Grosshirns und des verlängerten Marks bis zum Calamus scriptorius noch ausgelöst. Offenbar handelt es sich dabei um den Facialiskern und den Trigemuniuskern mit ihren centralen Verbindungen. Die Kerne werden in ihrer Functionsweise beeinflusst und zwar wahrscheinlich durch Hirnschenkelbahnen, wenn wir den Reflexact zu unterdrücken

suchen. Uebrigens functioniren bei Kaninchen und Katze nicht beide Fascialiskerne zugleich, sondern es blinzelt nur das berührte Auge. — Beim Blinzeln kommt aber auch schon der erfolgte Reflexact zum Bewusstsein.

Eine andere Form der Sensomobilität ist die Beeinflussung eines gesetzten Willensimpulses durch Sehnenreflexe. Die plötzliche Ueberdehnung eines Gelenkes oder die ruckartige Zerrung einer Sehne, der Stoss auf einen Knochen ruft in gewissen Muskelgruppen Muskelactionen hervor. Der Ort der Reflexion ist hier das Rückenmark, und sowohl der auslösende sensorische Eindruck, als auch die Empfindung der ausgelösten Bewegung gelangt hier zum Bewusstsein: Wenn wir z. B. beim Bergsteigen den Fuss flach aufsetzen und dabei einen Stein unter die Zehen bekommen, während wir unter der Ferse nichts haben, so wird der Fuss mit seiner Spitze stark nach oben gebogen, nimmt also genau die Stellung ein, welche man künstlich erzeugt, um den Sehnenreflex hervorzurufen. Es tritt nun in der That eine Zuckung ein und stellt unter Hebung der Ferse und des Unterschenkels unseren Fuss in eine normale Stellung, indem zugleich das Sprunggelenk durch Muskelaction festgestellt wird. Hier erfährt also die willkürliche Bewegung, der Schritt, eine Regulirung durch sensorische Eindrücke, die Sehnenzerrung. Beim Tabiker wird natürlich diese Regulirung fehlen und bei derartigen Bewegungen sein Schritt damit unsicher werden.

Eine ganz andere Art der Sensomobilität zeigt sich in den Fällen, wo die subcorticale Regulirung den Charakter eines selbstständigen Reflexes verloren hat und wo die Regelung gewisser motorischer Impulse von dem Spiele unserer Aufmerksamkeit abhängig wird. Exner nennt diese Form der sensorischen Regulirung: Intentionsregulirung. Sie spielt eine Rolle bei den von ihm sogenannten instinctiven Bewegungen, z. B. beim Fixiren mit den Augenmuskeln, bei gewissen Locomotionsbewegungen, bei Bewegungen unserer Mundtheile beim Essen und bei gewissen Gesichtsbewegungen. So entbehrt ein Pferd, ein Kaninchen mit empfindungsloser Oberlippe jeder subcorticalen Regulirung seiner intendirten Bewegungsimpulse. So macht der an Sehnervenatrophie Leidende nie lebhafte Bewegungen mit seinen Augen, trotzdem der ganze motorische Apparat intact ist. Die Aufmerksamkeit bewirkt hierbei die temporäre Installirung eines subcorticalen Reflexapparates, der dem intendirten Zwecke dient. Endlich bespricht Exner diejenigen Fälle, in denen bewusste Bewegung auch bewusste Empfindungen hervorruft. Letztere sind unentbehrlich zur correcten Ausführung der ersteren und dienen somit zur corticalen Regulirung. Das beste Beispiel hierfür ist die Art, wie ein Kind sprechen lernt. Das Kind ändert an seinen willkürlich abgegebenen Sprachimpulsen so lange, bis der gehörte Gehörseindruck dem gleich wird, den es durch die Sprache seiner Umgebung zu empfangen gewohnt ist. Der Taubstumme muss erst mühsam die Tasteindrücke der Sprachorgane lernen, welche späterhin die acustischen Eindrücke in der Regulirung zu ersetzen vermögen. — Die Unfähigkeit, bei Ausfall der Empfindungen gewisse Bewegungen auszuführen, ist den Nervenpathologen aus jenen Fällen sehr geläufig, wo bei ausgedehnter Anaesthesie die Patienten nur dann die Faust ballen, den Arm heben, einen Gegenstand halten können, wenn sie, in Ermangelung der sonst vorhandenen Empfindungen, ihre Muskelactionen mit den Augen controlliren.

Eine scharfe Grenze zwischen den einzelnen hier aufgeführten Formen von „Sensomobilität“ giebt es übrigens nicht. Peltesohn.

372) **Alpago Novello**: Della temperatura dei pellagrosi.
(Ueber die Temperatur bei Pellagrakranken. Lombroso's Archiv 1890, V—VI.)

Der Verf. hat bei 100 Pellagrakranken die Temperatur untersucht und gefunden, dass sie sich bei den an dieser Krankheit leidenden Patienten in der Regel je nach dem Stadium der Krankheit steigert, d. h. dass sie beim Schlimmerwerden des Zustandes der Patienten steigt, und mit der zunehmenden Genesung sinkt. Von den 38 Patienten, die der Krankheit unterlagen, zeigte sich in 28 Fällen febrile Temperatursteigerung in den letzten Tagen.

Der Verlauf des Pellagra-Fiebers ist absolut unregelmässig; nur in seltenen Fällen verläuft es continuirlich, und tritt dann immer remittirend, mit abendlichen Exacerbationen auf; viel häufiger ist es intermittirend, und tritt in der grössten Mehrzahl der Fälle abends auf. Aber sein Hauptcharakter ist und bleibt immer der einer vollständigen Unregelmässigkeit, sei es in seinem Verlauf, sei es in seiner Intensität; sehr häufig treten die Fieberanfälle isolirt auf, und wiederholen sich in den verschiedensten Zeitintervallen.

Was die Ursache des Pellagra-Fiebers betrifft, so glaubt der Verfasser als seine natürlichste Erklärung die chronische Intoxication auffassen zu müssen, die diese Krankheit bedingt, und die Veränderungen, welche diese Intoxication in den nervösen Centren, besonders in den thermogenetischen, hervorruft. Ottolenghi.

---

373) **A. Friis** (Kopenhagen): Om Temperaturforholdene ved Delirium tremens. (Ueber Temperaturverhältnisse bei Delirium tremens.) Hospitalstidende 1891 pag. 333.

Während im Allgemeinen die Ansicht gilt (Rose, Lasègue, Näcke, Mendel, Krafft-Ebing), dass das Delirium tremens nicht von bedeutenden Temperatursteigerungen begleitet ist, hat Verf. gerade das Gegentheil gefunden, indem er bei 129 Deliranten im Kopenhagener Kommune-Hospital die Beobachtung gemacht hat, dass das uncomplicirte Delirium tremens fast niemals vollständig fieberfrei verläuft, und dass die Temperatursteigerungen sogar häufig eine bedeutende Höhe erreichen. — Von den 129 Fällen von reinem Del. trem. überlebten 116 Patienten die Krankheit, während 13 starben. Bei den 116 lebenden war die Maximaltemperatur in 12 Fällen unter 38°, in 63 Fällen zwischen 38 und 39°, in 32 Fällen zwischen 39 und 40° und in 7 Fällen über 40°. Die Temperatursteigerungen fielen in den meisten Fällen mit dem Beginn der activen Delirien zusammen, weshalb der Verf. sie als eine Folge der vermehrten Hirnthätigkeit auffasst. In der grössten Mehrzahl dieser Fälle hatte das Fieber den Charakter einer Continua, bei einer geringen Anzahl trat es mehr unregelmässig auf, bald allmählich nachlassend, bald, nach dem Aufhören der Delirien plötzlich verschwindend. In 33 % der Fälle erreichte die Temperatur ihr Maximum am ersten Tage, in 48 % am zweiten Tage der Krankheit. Nach dem Schlaf bestand in 7 Fällen leichte Erhöhung der Abendtemperatur am ersten Tage, in allen andern Fällen normales Verhalten.

In 41 Fällen fand Fr. Albuminurie, die aber ebensowenig wie die, in einzelnen Fällen vorhandene Eclampsie irgend einen merklichen Einfluss auf das Fieber ausübte.

Bei den 13 Gestorbenen war in 9 Fällen das Befinden schon vor Beginn der Delirien ein ungünstiges gewesen und verschlechterte sich nach und nach, bis langsam der Tod eintrat; in den 4 anderen Fällen stieg die Temperatur im Laufe weniger Stunden oder eines halben Tages von normaler Höhe bis zu den höchsten Graden, und der Tod trat plötzlich und in einem frühen Stadium der Krankheit ein. Bei der Obduction aller dieser Patienten fanden sich keine andern Veränderungen, als die bei chronischen Alcoholisten allgemeinen.

Keiner der Patienten bekam Narcotica, aber bei beginnender Adynamie wurden stimulantia in Form von Alcohol oder Moschus verabreicht.

Koch (Kopenhagen).

---

374) **G. Rossolimo** (Moskau): Der Analreflex, seine Physiologie und Pathologie. (Neurol. Centralbl. 1891 Nr. 9.)

R. beschreibt einen neuen Reflex, welcher bei jeder Berührung (am besten mit Stecknadelkopf oder Feder) der Haut und der Schleimhaut des Anus eintritt, von einer Contraction des M. sphincter begleitet wird und bei allen normalen Menschen ohne Ausnahme hervorzurufen ist. Auf Grund anatomischer Erwägungen war das Centrum für diesen Reflex in der Höhe der dritten und vierten Sacralwurzel, d. i. im Conus medullaris zu suchen. Experimente an Hunden, bei denen der Reflex ebenso ausgesprochen ist wie beim Menschen, ergaben, dass bei Querschnittsreizungen durch das Rückenmark vom Kopf nach dem Schwanze hin oberhalb der Mitte der Lendenanschwellung der Reflex an Intensität zunahm und in der Gegend der vierten Sacralwurzel verschwand. Weitere Experimente an der entblössten Lendenanschwellung mit Durchschneidung der hinteren Wurzelpaare führten zu dem Resultat, dass der Analreflexbogen aus dem vierten Sacralwurzelpaare und dem Centrum (das etwas oberhalb desselben beim dritten Sacralwurzelpaare gelegen ist) besteht. Das Analreflexcentrum ist demnach in der Mitte derjenigen Gebiete der Lendenanschwellung, wo eine Reihe von Centren der Beckenorganreflexe vermuthet werden, zu suchen und liegt unterhalb aller anderen bekannten Hautmuskelreflexe.

Ausser der Physiologie dieses Reflexes hat R. auch noch die Pathologie desselben an dem gesammten neuropathologischen Material der Moskauer Kliniken und Krankenhäuser studirt.

Die Steigerung des Analreflexes wurde beobachtet:

1) bei Neurasthenikern mit erhöhten gesammten Hautreflexen;

2) bei hoher Transversalmyelitis;

3) bei anatomischen Erkrankungen des Nervensystems mit gesteigerten Functionen des Empfindungsapparates.

Die Verminderung und Erlöschung des Analreflexes wurde beobachtet:

1) bei Neuritis multiplex mit hoher Verbreitung des Processes auf den Plex sacralis;

2) bei solchen Tabesfällen, wo eine Beckenorganstörung und eine mehr oder minder ausgesprochene Anästhesie der Aftergegend vorhanden ist;

3) bei Myelitis des unteren Abschnittes der Lendenanschwellung.

Der Reflex zeigte sich normal bei functionellen Neurosen der Harnentleerung, der Defäcation und der sexuellen Fähigkeit.

Hoppe (Allenberg).

---

375) **E. Tanzi** (Genua): Fisiologia e psicometria del senso termico nella diagnosi delle affezioni spinali.

(Rivista sper. di freniatria, 1890, Bd. 16, Heft. 4.)

Durch vielfache Untersuchungen von Herzen, Blix und Goldscheider ist es in hohem Grade wahrscheinlich gemacht worden, dass man den Temperatursinn in zwei verschiedene für sich bestehende Sinne, den Kälte- und den Wärmesinn zu zerlegen hat. Diese früheren Untersuchungen bewogen den Verfasser zu prüfen, ob zwischen den beiden angenommenen Temperatursinnen auch psychometrische Unterschiede beständen. Die zweckmässige und vorsichtige Art der Ausführung dieser Untersuchungen müssen im Original nachgesehen werden. Verfasser kam dabei zu dem Resultate, dass die Empfindung des Kalten in beträchtlich kürzerer Zeit wahrgenommen wird, als eine ungefähr gleiche intensive Wärmeempfindung; ist die von der Kälte erregte Hautoberfläche dagegen kleiner als die von der Wärme beeinflusste, so nähert sich die Reactionszeit für die Kälte derjenigen für die Wärme, d. h. sie wird länger. Aber selbst wenn man mit Rücksicht darauf, dass auf der erregten Hautoberfläche ungefähr doppelt so viele für Kälte als für Wärme empfindliche Punkte waren, die Kälte nur auf die Hälfte der Hautoberfläche einwirken liess, so war die Reactionszeit noch immer eine kürzere als bei der Wärmeapplication auf die grössere Fläche.

Bekanntlich spielen Störungen des Temperatursinnes bei der Pathologie der Syringomyelie eine grosse Rolle. Aus den anatomischen Untersuchungen von zahlreichen derartigen Erkrankungen geht mit Sicherheit hervor, dass die Temperaturempfindungen in den grauen Hinterhörnern fortgeleitet werden. Der Tastsinn ist functionell gänzlich verschieden von dem Temperatursinn, und die ihm dienenden Nervenfasern verlaufen wahrscheinlich in den weissen Hintersträngen. Die Empfindungen der Kälte und der Wärme schlagen beide den Weg durch die graue Substanz ein; anatomisch lassen sich ihre Bahnen nicht von einander trennen. Klinisch fällt auf, dass öfters nur eine Störung der Empfindung für die Kälte oder für die Wärme beobachtet wurde. Einstweilen nicht zu erklären ist die Erscheinung der Umkehrung des Temperatursinnes, welche in drei Fällen beobachtet wurde: das Kalte wurde für warm gehalten, das Warme für kalt. In den wenigen Fällen, in welchen eine thermische Hyperaesthesie gefunden wurde, dürfte diese als Resultat eines Reizzustandes, wie er dem Stadium der Neubildung und der Erweichung vorausgehen mag, aufzufassen sein.

Strauscheid (Köln).

---

376) **Em. Parmentier** (Paris): Tabes et dissociation syringomyélique de la sensibilité. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1890. Sept. et Oct).

Ein 39jähriger Arbeiter, welcher vor 6 Jahren an Augenstörungen und reissenden Schmerzen in den unteren Extremitäten, vor drei Jahren an Störung des Gehens erkrankt war und seit derselben Zeit halb erblindet war, kam 1890 zu Charcot nach Paris. Er hatte in den letzten Jahren viel an subjectiven Sensibilitätsstörungen gelitten; öfters waren an den Händen und Füssen Blasen aufgetreten, die rasch aufbrachen und nach einiger Zeit wieder heilten. In der letzten Zeit war auch das Urinieren sehr erschwert. Bei der Untersuchung fand man ein Fehlen der Kniephänomene, eine leichte Ataxie beim Gehen, eine trophische Störung des rechten Fusses,

welche an das Bild des pied tabétique erinnerte. Bei der näheren Exploration der Sensibilität fand sich, dass der Tastsinn nur sehr wenig gestört war, dass hingegen der Temperatursinn und das Schmerzgefühl in ziemlich gleichem, beträchtlichen Umfange aufgehoben war. Es handelt sich also hier um eine Sensibilitätsstörung, wie sie in der Regel der Syringomyelie zukommt. Es handelt sich aber in unserem Falle, nach dem ganzen Krankheitsverlaufe zu urtheilen, sicher um tabes dorsalis. Da letztere eine Erkrankung des gesammten Nervensystems in weitem Umfange darstellt, so lässt sich eine Localisation dieses bei tabes jedenfalls seltenen Symptoms nicht mit Sicherheit machen (periphere Nerven, Hinterhörner, Nebeneinanderbestehen von Tabes und Syringomyelie ??). Strauscheid.

---

377) **A. Borgherini**: Di un caso di atrofia muscolare precoce da lesione cerebrale. (Rivista sperim. di freniatria. 1890. Bd. 16. Heft. 4.)

Ein 50jähriger Mann, der in der Ernährung stark heruntergekommen war, erlitt kurze Zeit, nachdem er eine gewisse Schwäche in der rechten Hand bemerkt hatte, plötzlich eine völlige Lähmung der rechten Körperhälfte, sowie eine leichte Aphasie, welche letztere aber bald wieder verschwand. Zwei Monate nachher wurde er von B. untersucht, welcher eine vollständige Lähmung des rechten Armes mit ziemlich beträchtlicher Atrophie, eine Parese und leichte Atrophie des rechten Beines und augenfällige Atrophie der Schultermuskulatur constatirte. Im übrigen war die Atrophie des Armes eine ziemlich gleichmässige; die kleinen Handmuskeln waren nicht mehr betheiligt wie alle anderen Muskeln. Die Sehnenreflexe waren gesteigert, trotzdem die betreffende Muskulatur ganz schlaff war. Sehr stark ausgesprochen war die idiomuskuläre Erregbarkeit. Nach 10 Tagen starb der Patient im Koma. Bei der Section fand man ausser einem primären Nierensarkom und vielen secundären Sarkomknoten in der Lunge einen von der Pia ausgehenden nussgrossen Sarkomknoten in den beiden linken Centralwindungen; im Rückenmarke fand man bei der histologischen Untersuchung eine Degeneration der rechten Pyramidenseitenstrangbahn. Die Muskeluntersuchung zeigte eine degenerative Atrophie. Im Anschluss an diesen Fall kommt B. weitläufig auf seine früheren Behauptungen (siehe d. Centralblatt 1890 pg. 263) zurück und verfechtet dieselben in nichts weniger wie glücklicher Weise gegen Eisenlohr, der nach unserer Ansicht mit vollem Recht gegen verschiedene unbewiesene Behauptungen des Verfassers Einsprache erhoben hatte. Strauscheid.

---

378) **Dr. Goldscheider**: Ueber Sprachstörungen.
(Berl. Klin. Wochenschrift No. 20).

Verfasser bespricht die Sprachstörungen, wie er sie in drei Fällen von Dysarthrien nach einer von ihm erdachten Methode graphisch analysirt hat. Die drei Fälle sind:

1) Patientin mit chronischer Bulbärparalyse und sogenannter amyotrophischer Lateralsklerose. Sie spricht in Folge von Lähmung des Gaumensegels ausgesprochen nasal, kann die Explosivae nicht hervorbringen und spricht i und u ganz undeutlich aus.

2) Patientin hat zweimal eine Hemiplegie gehabt. Sie athmet ausserordentlich hastig und frequent, stösst die Laute kurz und abgebrochen hervor, ohne aber dabei deutliche Explosivae zu bilden. Das u misslingt ihr stets, das r ist undeutlich. Bei dieser Patientin ist das Gaumensegel nicht gelähmt. Die Dysarthrie rührt hier von der Unfähigkeit der Lippe her, z. B. bei u die rüsselartige Form anzunehmen.

3) Die Patientin leidet an multipler Sklerose und spricht langsam und scandirend. Sie klebt an den einzelnen Silben und macht lange Pausen zwischen ihnen. Ihre Vocale enden nicht scharf abgesetzt, sondern klingen weich aus. Sie athmet schwach und ausserordentlich langsam.

Verfasser hat seine Curven dadurch gewonnen, dass er den Expirationsstrom der Nase und des Mundes, der beim Phoniren resp. beim Sprechen entsteht, auf einer Kymographiontrommel aufzeichnete. Er hielt vor Mund und Nase ein Sprachrohr, das er durch einen Schlauch mit einer Mareyschen Luftkapsel verband.

Zunächst hat Verfasser auf diese Weise interessante Aufschlüsse über Vorgänge bei der normalen Sprache erhalten. So tritt z. B. jedesmal nach Beendigung eines Vokals eine ziemlich steile Erhebung in der Curve ein, was einfach daher rührt, dass in dem Momente der Beendigung des Vokals die Rima glottidis weiter wird und dadurch mit einem Male eine grössere Menge Luft hindurchströmen kann. Diese terminale Erhebung der Vokalkurve wird natürlich bei fehlerhafter oder mangelhafter Vokalbildung und bei ganz schwachem Athmen fehlen müssen. In der That liess sich z. B. bei Fall drei, wo die Vokale weich ausklingen, diese theoretische Voraussetzung graphisch bestätigen. Nachdem Verfasser noch eine ganze Reihe normaler und anormaler Sprachkurven analysirt hat, macht er zum Schluss noch auf die aus seinen Kurven hervorgehende Thatsache aufmerksam, dass die für multiple Sklerose charakteristische verlangsamte und scandirende Sprache nicht nur eine Folge verlangsamter Articulationsbewegungen, sondern auch verlangsamter Athmung sei. Peltessohn.

---

379) **Karl Schaffer** (Budapest). Ueber die Veränderungen der Ganglienzellen des Rückenmarks. (Neurol. Centralbl. 1891. No. 8.)

Verfasser kann die Angaben Friedmann's über die degenerativen Veränderungen der Ganglienzellen bei acuter Myelitis (Ref. dieses Centralblatts, April 1891. S. 155), welche derselbe an Thieren gewonnen hat, auch beim Menschen (nach Lyssa) im Grossen und Ganzen bestätigen, wenn er auch in einzelnen Punkten nicht mit ihm übereinstimmt. S. fasst seine Untersuchungen in folgenden Schlüssen zusammen:

1) Die pathologischen Veränderungen der Ganglienzellen beginnen in einem begrenzten Theile des Zellenleibes; sei es im Centrum (homogene Schwellung), während dann die Peripherie noch anscheinend normal ist, sei es am Rand des Protoplasma (Sklerose), wobei der übrige Zellenleib noch nichts Krankhaftes bietet.

2) Die grösste Resistenz gegen pathologische Veränderungen weist der Kern, insbesondere das Kernkörperchen auf, da letztere gewöhnlich erst nach dem Erkranken des Zellenleibes ergriffen werden. Somit streben die Nervenzellenaffectionen von der Peripherie gegen die centralen Gebilde,

vom Zellenleib gegen Kern und Kernkörperchen; diese Processe sind daher ihrem Verlaufe nach centripetal.

3) Aus Obigem resultirt die sogenannte partielle Degeneration der Nervenzellen, woraus sich als physiologische Consequenz die verminderte Functionsfähigkeit ergiebt. Hoppe (Allenberg).

---

380) **A. v. Sass**: Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. (St. Petersb. Med. W. 1891, No. 19 u. 20.)

Mikroskopische Untersuchung des Central-N. S., des Plexus brachialis d. und einzelner Muskeln (Deltoideus d., Thenar, Interossei, Flex. carp. rad. et uln.) einer 73jähr. Frau, welche an P. agitans litt und in der Klinik von Prof. Dehio in Dorpat starb. v. S. fand: einen kleinen Erweichungsheerd in der Med. oblongat. an der vorderen Fissur in Folge Sklerose eines kleinen Gefässes, geringe Ependymproliferation am Boden des IV. Ventrikels, diffuse Bindegewebsvermehrung in der Substanz des R.-M., Obliteration des Centralcanals an mehreren Stellen, zahlreiche Corpora amylacea. Neuritis und chronische Myositis. Arteriosklerose der kleinen Gefässe im Central-N.-S. und in den peripheren Nerven. — Verfasser legt besonderes Gewicht auf die Untersuchung der Muskeln und peripher. Nerven. Obgleich der Befund daselbst z. Th. als senile Erscheinung gedeutet werden kann, ist v. S. doch geneigt, nach vergl. Untersuchung der Muskeln und Nerven eines 93jährigen im Allgemeinen gesund gewesenen Mannes und unter Heranziehung einer früheren Beobachtung von Leyden (Arch. f. Ps. VI, p. 293) eine Mitbetheiligung der peripheren Nerven oder Muskeln oder beider beim Zustandekommen der Schüttellähmung anzunehmen. Mercklin.

---

381) **James G. Putnam**: The Frequency with which Arsenic is found in the urine. (Boston Medical and Surgical Journal, May 1890.)

Cases not exhibiting symptoms referable to arsenical poisoning were selected amongst hospital outpatients: forty-eight of these were examined, and in twenty-one the urine contained traces of arsenic. In the community in which these people live fabrics and wall-papers containing arsenic are common. Although the discovery of this substance in the urine points to contamination of the tissues of the body, it does not follow therefrom that doubtful symptoms are due to the arsenic. Still, if we may argue from these forty-eight cases to a large number, it is evident that the danger is wide-spread: Even if a small proportion of the persons whose urine contains arsenic be injuriously affected, the absolute number may be quite large.

In the absence of habituation very small doses may prove highly injurious. Habituation usually follows gradual increase of dose: but in many of the cases seen the exposure to arsenic has been intermittent, and the amount of the latter given off has varied according to degree of heat, moisture, etc. A person once poisoned is liable to be affected by apparently quite-insignificant exposure. One of the author's patients had a slight degree of generalized neuritis: recovery followed removal from his tainted room.

E. Goodall.

---

382) Dr. **Marik**: Ueber zwei Fälle von Arseniklähmung. (Verein der Aerzte in Steiermark.) Versammlung vom 9. Februar 1891.

Die Patientinnen, zwei Schwestern, hatten zwischen einem Obstvorrath, von dem sie assen, ein grau (mit Arsentrioxyd) bestaubtes ausgestopftes Kaninchen stehen. Sechs Wochen nach der Acquirirung dieses Gegenstandes, der bald die Initial-Symptome der chronischen Arsenik-Vergiftung gefolgt waren (Katarrhe, Gastro-Enteritis, Erytheme, Herpes, Paraesthesieen), war die Muskulatur der einen P. ad maximum atrophirt, die Füsse in Equinus-Stellung, Wadenmusculatur contracturirt, Finger gebeugt, Hände in Pronations-, Vorderarme in leichter Flexions-Stellung; „jede active Bewegung ganz unmöglich". Ausgesprochene Anaesthesia dolorosa, Reflexe erloschen, es besteht Accommodationslähmung und Lagophthalmus. Im Harn Arsenik. Ernährung von Ende October an durch Peptonklysma. Nachlass der Lähmungserscheinungen unter elektrischer (?) Behandlung. P. konnte nach weiteren sechs Wochen schon am Stocke gehen, doch trat nun Ataxie hervor. Die Rückkehr der normalen Sensibilität und Motilität zeigte sich zuerst an Kopf und Hals und breitete sich allmählich in absteigender Richtung über den übrigen Körper aus. Drei bis vier Monate später fehlten noch die Patellarreflexe.

Bei der Schwester der Patientin war es nur bis zu Paresen, dagegen zu viel intensiveren Paraesthesieen gekommen, daneben bestand wochenlang Salivation und intensives Kältegefühl; von Hirnerscheinungen bestand nur Accommodations-Parese. Kurella.

---

383) **A. Souques** (Paris): Sur deux cas de guérison complète de la deformation du tronc dans la sciatique.

(Nouvelle iconographie de la Salp. 1890, Sept. et Oct.)

Verfasser theilt zwei von Charcot beobachtete Fälle mit, bei denen eine Ischias durch eine Verkrümmung des Rumpfes complicirt war. Es gelang in beiden Fällen, die Skoliose gänzlich zu heilen. Verfasser schliesst seine Beobachtung mit folgenden Sätzen:

1) La déformation du tronc dans la sciatique peut guérir complètement, d'une façon temporaire sinon permanente;

2) Elle peut guérir, après une durée relativement longue, sous des influences thérapeutiques diverses;

3) Cette terminaison heureuse dépend essentiellement de la guérison ou du moins de l'amélioration de la douleur sciatique;

4) Il est encore impossible de déterminer l'influence pronostique de la forme de la sciatique, de la durée et du degré de la déformation.

Strauscheid.

---

384) **Parinaud et G. Guinon** (Paris): Note sur un cas de paralysie du moteur oculaire externe et du facial avec atteinte de l'orbiculaire des paupières compliqué d'hemiplégie du même côté.

(Nouv. iconogr. de la Salpêtr. 1890, Sept. et Oct.)

Ein 24jähriges, tuberculös belastetes Mädchen erkrankte vor acht Monaten an einer allmählich eintretenden rechtsseitigen Hemiparese. Zugleich stellten sich heftige Kopfschmerzen und zeitweise heftiges, übrigens von keinerlei besonderen Beschwerden begleitetes Erbrechen ein. Nach kurzer

Zeit trat plötzlich eine rechtsseitige Facialis- und Abducenslähmung hinzu. Bei der Untersuchung fand man eine erhebliche Steigerung der Reflexe auf der paretischen Seite; die Facialislähmung trug den Charakter einer peripherischen (vollständige E A R.). Mit der völligen Lähmung des musculus rectus externus oc. dextri war ein Krampf des musc. rect. internus oc. sin. verbunden. Fordert man die Kranke auf, nach rechts zu sehen, so wird das linke gesunde Auge plötzlich ganz einwärts gerichtet, so dass es vom Sehacte ausgeschlossen ist; nach einiger Zeit wird dann auch das rechte Auge plötzlich nach innen gerichtet, so dass dann ein ausgesprochener strabismus convergens besteht. Die Verfasser besprechen etwas ausführlicher diese eigenthümlichen Krampfzustände des gesunden Auges bei Lähmung des anderen Auges, welche leicht zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben können. Die Sensibilität war bei der Patientin in keiner Weise gestört. Krampfanfälle waren nie dagewesen. In den Lungen war eine leichte Spitzenaffection vorhanden. Die Verfasser kommen mit Charcot zu der Annahme eines Tuberkels der linken Hirnrinde, sowie eines zweiten in der rechten Ponshälfte. Einige ähnliche Beobachtungen aus der Literatur werden angeführt. Strauscheid.

---

385) Dr. **Leopold Laquer** (Frankfurt am Main). Ueber Compression der Cauda equina. (Neurol. Centralbl. 1891, Nr. 7.)

Der von L. publicirte Fall bietet ein interessantes Seitenstück zu dem von Horsly-Gowers 1888 publicirten Fall von Eröffnung des Rückenmarkskanals wegen einer Geschwulst des Rückenmarks, die von Gowers diagnosticirt worden war, und somit einen werthvollen Beitrag zu der noch im Anfang der Entwicklung stehenden Rückenmarkschirurgie.

Ein 19jähriger bisher völlig gesunder Kunstschlossergehülfe erkrankte September 1888 mit heftigen Kreuzschmerzen von dumpfem, bohrendem Character, welche besonders Nachts beim Liegen, aber auch nach längerem Sitzen und Stehen fast unerträglich wurden. Die Schmerzen wurden in das Innere des Kreuzbeines verlegt, sassen gerade in der Mitte desselben und strahlten öfters bis in die Knie aus. Anfang December 1889 konnte L. bei der Untersuchung des Patienten ausser den subjectiven Beschwerden und einer geringen Schmerzhaftigkeit bei starkem Beklopfen und bei tief eindringendem Drucke objectiv keine Störungen nachweisen; Gang noch stundenlang möglich. Starke Vesikantien und spätere mehrwöchentliche galvanische Behandlung hatte einen vorübergehenden Erfolg. Aber schon März 1890 kehrten die Schmerzen wieder und nahmen nach einer abermaligen Remission im Sommer bald so zu, dass Patient arbeitsunfähig wurde und sich wieder in ärztliche Behandlung gab. Er klagt jetzt noch über Stuhlverstopfung und über Schmerzen bei Stuhl- und Urinentleerung, bei welcher der Detrusor urinae nicht recht wirkte; Patellarreflex rechts ganz erloschen, links nur schwach angedeutet; am Quadriceps beiderseits Andeutung von Muskelatrophie; Potenz anscheinend erloschen; Kreuzbein auf Druck und leises Beklopfen ausserordentlich schmerzhaft, im Lumbartheil der Wirbelsäule leichte Kyphose; Gang schleichend und vorsichtig mit steifem Kreuz und weit nach vorn übergebeugtem Oberkörper, nur 100 bis 200 Schritte möglich; bei längerem Sitzen, Rumpfbewegungen, Rückenlage ausserordentliche Vermehrung der Schmerzen; Schlaflosigkeit selbst bei den

grössten Chloral und Morphiumdosen; keine Störungen der Motilität, der Sensibilität der electrischen Erregbarkeit; über dem rechten Trochanter beginnender Decubitus, dagegen Abwesenheit jeder entzündlichen Veränderung der Wirbelgelenke und des Knochens. Die Diagnose wurde auf Compression der Cauda equina durch eine Neubildung im Canalis sacralis gestellt und durch die Operation (Dr. Rehn: Aufmeisseln des Canal. sacral. vom Hiatus bis fast zum letzten Lendenwirbel) bestätigt, wobei eine von der Mitte des Kreuzbeins bis in den Wirbelkanal hineinreichende extradural liegende, weiche, kleinfingerdicke Geschwulst entfernt wurde, welche Cauda equina und Dura stark nach vorn gedrängt hatte und sich als Lymphangioma cavernosum erwies. Vier Wochen später (14. Novbr.) wurde der Patient geheilt entlassen; die Beschwerden waren zum grössten Theil geschwunden.

L. schliesst an diesen Fall eine Besprechung der bisherigen Veröffentlichungen über Läsionen der Cauda equina, die alle mit fast unerträglichen Schmerzen einhergingen und unter secundären Rückenmarksdegenerationen zum Tode führten, eine eingehende Behandlung der einzelnen Symptome (im vorliegenden Falle) hinsichtlich ihrer diagnostischen Verwerthbarkeit, sowie ihrer Erklärung durch den Befund und befürwortet bei traumatischen und neoplastischen Läsionen der Cauda die Operation.

Hoppe (Allenberg).

---

386) **G. Joachimsthal** (Berlin): Ueber Spina bifida occulta mit Hypertrichosis lumbalis. (Berl. Kl. Wochenschr. 1891, No. 22.)

Den sieben bisher veröffentlichten in der Arbeit referirten Fällen von Hypertrichosis lumbalis, bei der eine Spina bifida occulta bestand, reiht J. einen neuen Fall an. Bei einem fünfjährigen körperlich und geistig gut entwickelten Kinde, welches wegen einer congenitalen doppelseitigen Hüftgelenksverrenkung in die Wolff'sche Poliklinik kam, wurde gelegentlich der Untersuchung eine abnorme Behaarung entdeckt, welche sich in der Höhe des vierten Lendenwirbels in breiter Ausdehnung quer über die Wirbelsäule zog, während sie nach unten zu schmäler werdend und sich lockenförmig umliegend bis auf 7,5 cm von der Analöffnung sich erstreckte. Die mit der Farbe der Kopfhaare übereinstimmenden hellblonden Haare zeigten alle eine Wachsthumsrichtung nach der Wirbelsäule zu. Während die Haut darunter sich völlig normal erwies, zeigte sich besonders bei vornübergebeugter Haltung des Kindes eine Vertiefung; an der Stelle des dritten Lendenwirbels fühlte man eine kaum kirschgrosse Anschwellung, die bei der Neigung des Körpers nach vorn verschwand und dann einen deutlichen Spalt im entsprechenden Wirbelbogen erkennen liess; einen grösseren Spalt ohne verdeckende Vorwölbung zeigte schon bei gewöhnlicher Körperhaltung der vierte Lendenwirbel.

Das Zusammentreffen mit der angeborenen Hüftgelenksluxation erklärt J. selbstverständlich als eine zufällige Vereinigung mehrerer Missbildungen. Die Entscheidung der Frage, ob unter den abnormen Behaarungen der Lendenkreuzgegend allemal Spaltungen der Wirbelsäule vorkommen, muss weiteren Forschungen überlassen bleiben.

Hoppe (Allenberg).

---

387) **A. Friedenreich**: Et Tilfælde af hereditær Ataxie — Friedreichs sygdom- (Ein Fall von hereditärer Ataxie, Friedreichs Krankheit).

(Hospitalstidende 1891, p. 25 u. 49.)

Im Anschluss an einen Fall von obenerwähnter Krankheit, den der Verfasser selbst beobachtet hat, giebt er eine instructive und klare Uebersicht über Symptome und Verlauf dieser Krankheit.

Die Patientin, Signe J., deren älterer Bruder ebenfalls mit 18 Jahren an einer ganz ähnlichen Krankheit gestorben ist, zeigte einzelne, in andern Fällen noch nicht beobachtete Eigenthümlichkeiten. Patientin scheint nie einen normalen Gang gehabt zu haben, das Leiden scheint also angeboren zu sein. Ein Jahr vor der Untersuchung (die am 2. April 1890 stattfand), trat eine acute Krankheit, oder, wie Fr. geneigt ist, anzunehmen, eine acute Verschlimmerung der Krankheit ein; P. bekam Fieber, lag zwei Monate zu Bett, und als sie aufstand, war ihr Gang viel schlechter, als vorher; durch ophthalmoskopische Untersuchung wies Fr. eine ausgesprochene Atrophie der beiden Nervi optici nach. Diese Abweichungen hält Fr. jedoch nicht für bedeutend genug, um eine neue Krankheitsform zu bilden, da sie sich alle leicht mit den übrigen Symptomen in Einklang bringen lassen, und da die Krankheit im übrigen ganz das typische Bild der bisher bekannten Fälle darbot. Es bestand leichte Imbecillität, Strabismus div. oc. sin., Andeutung von Nystagmus lateralis, Schwäche der Sehschärfe, ausgesprochene fibrilläre Zuckungen in der Zunge, deutliche Ataxie der Armbewegungen, leichte Contracturstellung der Hände, eine bedeutende, rein dorsale Scoliose der rechten Seite mit mässiger kyphotischer Deviation, ausgesprochene Ataxie des Ganges, doch ohne die Steifheit, die man bei Tabes gewöhnlich findet; „die Bewegungen der Beine sind plump, stolpernd und unbeherrscht, der Gang erscheint mehr schwach als spastisch.“ Schliesslich bestand noch ausgesprochene Contracturstellung der Füsse, vollständiges Fehlen der Patellarreflexe u. s. w. Koch (Kopenhagen).

---

388) **A. Koehler** (Berlin): Ein Fall von Bruch der Schädelbasis mit einseitiger Abducenslähmung. Vorgest. in d. Ges. d. Charitéärzte 22. Jan. 1891.

(Berlin. Kl. Wochenschr. 1891, Nr. 18.)

In Folge einer Gasexplosion wurde der 54jährige Patient gegen eine Mauer geschleudert und durch umherfliegende Eisenstücke mehrfach verletzt. In den ersten 2 Tagen nur Gefühl von Taubsein im linken Arm. Am 3. Tage wurde in der Bardeleben'schen Klinik ausser anderen Fracturen ein Bruch der Schädelbasis (Ausfluss von Blut und von Cerebrospinalflüssigkeit aus dem rechten Ohre) constatirt. Es bestand unvollständige Lähmung des rechten Facialis (an Mund und Augen), leichte Lähmung am rechten Arme und noch geringere am rechten Beine und eine unvollständige Lähmung des rechten Abducens (Doppelsehen bei normaler Sehschärfe und normalem ophthalmoskopischen Befunde). Allmählich schwanden diese Erscheinungen, und nach einem Monat wurde Patient geheilt entlassen; nur die Abducenslähmung bestand noch unverändert fort. Aber auch diese schwand in den nächsten Wochen.

K. hat bei 97 Schädelbrüchen (darunter 48 der Schädelbasis) nur 2mal (einseitige) Abducenslähmung gesehen. Am häufigsten scheint sie nach K. noch bei den Basisbrüchen zu sein, wo es zu einer Ruptur der Carot. int.

im Sinus cavernosus kommt. Zur Erklärung der im berichteten Falle vorhandenen Combination von Lähmungen nimmt K. eine vorübergehende Läsion der Rindenfelder für die linken Gliedmaassen und eine Zerrung des Abducens an seiner exponirten Stelle vor dem Eintritt in den Sin. cavernosus an, während der Facialis im Felsenbein gezerrt gewesen sein muss.

Hoppe (Allenberg).

---

389) Congress der Dtsch. Gesellsch. f. Chirurgie 1891. 4ter Tag.
(Berl. Kl. Wochenschr. 1891, Nr. 22.)

**Nissen** (Halle). Vorstellung eines geheilten Falles von arteriell-venösem Aneurysma der Carotis cerebralis und des Sinus cavernosus.

Nach einem Stosse mit der Zinke einer Rübengabel gegen das obere Augenlid des rechten Auges trat bei dem $4^1/_2$jährigen Patienten ausser den örtlichen Erscheinungen (Hervortreibung des Bulbus, Schwellung und blutige Färbung des Augenlides) Kopfschmerzen und zeitweilig wiederkehrendes Erbrechen ein. Nach ca. 8 Wochen wurde beiderseits Exophthalmus (rechts aber stärker), Lähmung beider Nn. abducentes, rechts Stauungspupille, links venöse Stauung auf der Netzhaut constatirt; am ganzen Schädel, besonders aber an der rechten Schläfe war ein bei Digitalcompression beider Carotiden verschwindendes sausendes Geräusch mit systolischer Verstärkung zu hören. Der Diagnose [Aneurysma arterio-venosum zwischen Carot. int. und Sinus cavernosus] gemäss wurde die rechte Carot. commun. unterbunden und die linke täglich einige Minuten lang methodisch comprimirt. Nach 14 Tagen war das Geräusch verschwunden, nach 7 Wochen der Exophthalmus links völlig, rechts beinahe verschwunden; von den Nn. abducentes nur noch der rechte ein wenig in seiner Wirksamkeit behindert; rechts auch noch ophthalmoskopisch eine geringe Stauung.

Hoppe (Allenberg).

---

390) **S. Goldflam** (Moskau). Ein Fall von Polioencephalitis superior, inferior und Poliomyelitis anterior nach Influenza mit tödtlichem Ausgange, ein anderer aus unbekannter Ursache mit Uebergang in Genesung.
(Neurolog. Centralbl. 1891, Nr. 6.)

Die beiden Fälle bieten einen interessanten Beitrag zu dem von Wernicke aufgestellten Krankheitsbilde der Polioencephalitis als einer der Poliomyelitis entsprechenden Erkrankung des centralen Höhlengraues und geben neben den von Eisenlohr, Seeligmüller, B. Sachs und K. Schaffer berichteten 4 Fällen eine weitere werthvolle Stütze für die Annahme des Zusammenhangs dieser Erkrankungen. Im ersten Falle handelte es sich um einen 60jährigen Medicinal-Inspector, welcher in seiner Jugend an einem Ulcus molle ohne luetische Folgeerscheinungen und während seiner Studienzeit an starken epileptischen Anfällen gelitten hatte. In der Reconvalescenz von einer schweren Influenza (Mitte December 1889) entstand Anfangs Januar 90 Ptosis am linken Auge mit Diplopie, woran sich nach einigen Wochen Ptosis der rechten Augenlider anschloss. Zugleich stellte sich eine gewisse Schwäche in den Beinen (eine Art Zittern beim Stehen) ein. — 3 Monate später Ptosis beiderseits hochgradig, alle äusseren Augenmuskeln gelähmt (Bulbi in Mittelstellung), Pupillenreaction erhalten bei normalem Gesichtssinn und ophthalmoskopischem Befunde; ausserdem Klagen über Zittern beim Stehen;

sonst objectiv im Bewegungsapparat keine Störungen nachweisbar. — Während die Ptosis und die Augenmuskellähmungen zeitweise in ihrer Intensität wechselten, trat allmählich Taubheitsgefühl in den Fingern der linken Hand mit passageren Lähmungen der Extensoren resp. zeitweisen Paresen der Finger ein, die mit unangenehmen Sensationen verbunden waren; bald wurden auch die Flexoren der rechten Hand ergriffen, dann wurde die Extension in den Ellenbogengelenken schwach (Atrophie der Tricipites) und Parese der linken unteren Gesichtsmuskulatur bemerkbar. Nach einer Quecksilbercur leichte Besserung. Im Juni hatten sich bulbäre Symptome zugesellt (Gaumenreflexe vermindert, Lippenbewegungen schwach, Schwierigkeiten beim Sprechen, Puls irregulär) und die paretischen und paralytischen Erscheinungen der oberen Extremitäten zugenommen (starke Herabsetzung der faradischen Muskelerregbarkeit); dazu kamen schliesslich Schluck- und Athmungsbeschwerden; unaufhaltsam schritt die Krankheit, während einzelne Erscheinungen vielfach remittirten, vorwärts, und am 24. Juli trat exitus letalis ein. Leider erfolgte keine Section, die Diagnose war von Charcot und Nothnagel bestätigt worden.

Der 2. Fall, welcher sich auf keine Ursache zurückführen liess (höchstens konnte starke Insolation als solche gelten) und trotz der Schwere der Erscheinungen in völlige Genesung überging, betrifft eine 30jährige Obsthändlerin, die im August 1886, während sie unter den Strahlen der brennenden Sonne ihre Früchte weiter verkaufte, die ersten Anfänge der Krankheit zeigte. Bei heftigen Hinterkopfschmerzen entwickelte sich beiderseitige Ptosis, welche später links wieder zurückging und Diplopie; dazu kamen fortschreitende allgemeine Schwäche, die nach etwa 3 Monaten zu einer hochgradigen Parese zuerst der oberen, dann der unteren Extremitäten führte, und zeitweilig Ohnmachtsanfälle; sie wurde arbeitsunfähig. Anfang Februar 1887 traten Sprachstörungen und Schluckbeschwerden ein. Seit Ende Februar musste sie andauernd zu Bett liegen, konnte sich nicht aufrichten und keine Bewegungen mehr mit den Armen machen, während in allen Theilen des Körpers flüchtig dumpfe Schmerzen und Formikationsgefühl bestanden. Schliesslich gesellten sich noch heftige Erstickungsanfälle hinzu. — Bei der Aufnahme in die Klinik im April 1887: Starke Macies; frequente, oberflächliche Athmung mit Zuhilfenahme der accessorischen Muskeln bei Parese des Zwerchfelles; schwacher, kleiner Puls (bis 140), ziemlich erhebliche Temperatursteigerungen; bulbäre Erscheinungen (Parese der beiden Faciales) einschliesslich des Orbicularis palpebrarum, Parese der Zunge, bedeutende Vermehrung der Speichelsecretion, Herabsetzung der Reflexerregbarkeit des Gaumens, Erschwerung des Schluckens, der Sprache, heftige dyspnoëtische Anfälle), keine eigentliche Ptosis, aber Unfähigkeit, die Lider vollständig zu schliessen; Lähmungen der Augenmuskeln (links die associirten Bewegungen mehr beschränkt als rechts) und hochgradige Parese fast der gesammten willkürlichen Muskulatur, Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit (besonders in den kleinen Muskeln der Hände und Füsse), Fehlen der Sehnenreflexe bei Intaktheit der Sensibilität. — Die drohendsten Erscheinungen, die dyspnoëtischen Anfälle von ein- bis mehrstündiger Dauer, nahmen nach einigen Tagen an Intensität ab, verschwanden bald ganz, und ebenso zeigte sich unter remittirendem Verlauf allmähliche Besserung der übrigen Beschwerden. Nach 2 Monaten verliess die Kranke, die sich im 4. Monat der Gravidität befand, die Klinik in be-

deutend gebessertem Zustande. Im September konnte sie nach glücklicher Entbindung als völlig genesen bezeichnet werden.

In beiden Fällen breitete sich der Process in absteigender Richtung von den Kernen der Augenmuskelnerven im Höhlengrau des 3. Ventrikels und des Aquaeductus Sylvii gegen das Rückenmark hin, aber nicht nach den Gesetzen der Continuität und Contiguität, sondern sprungweise aus, indem, wie in dem Falle von Eisenlohr, das Rückenmark früher ergriffen wurde als der Boden des 4. Ventrikels, während in dem Falle von Sachs sich an die Polioencephalitis superior auch sofort die Poliomyelitis anterior anschloss, ohne dass aber später noch die Polioencephalitis inf. hinzutrat. Ausserdem zeigten beide Fälle ebenso wie der von Eisenlohr [und Schaffer, Ref.] in vielen Symptomen einen remittirenden resp. intermittirenden Verlauf. Der zweite Fall ist ein Unicum insofern, als bis auf denselben noch kein Fall von Ophthalmoplegie nuclaris mit Bulbärparalyse und Poliomyeletis anterior beschrieben worden ist, der in Genesung übergegangen wäre.

G. giebt zum Schluss eine Eintheilung des Krankheitsbildes nach dem klinischen Verlauf, welche zugleich die Literatur und die Aetiologie berücksichtigt.

1. mit peracutem Verlauf (in wenigen Tagen zum Tode führend — Polioencephalitis sup. acuta von Wernicke).
   3 Fälle von Wernicke (2 in Folge von Alcoholismus, 1 nach Schwefelsäurevergiftung).
   2 Fälle von Thomsen (Alcoholismus).
   1 Fall von Hendel (Diphtherie).
2. mit acutem Verlauf
   1 Fall von Gayet (angeblich nach Kesselexplosion) mit letalem Ausgange.
   die Fälle von Knapp (nach Kohlendunstvergiftung) und
   die Fälle von Uhthoff (nach Diphtherie und 3 nach Influenza) mit günstigem Ausgange.
3. mit subacutem Verlauf und ausgesprochener Tendenz zur Fortpflanzung auf die Kerne am Boden des IV. Ventrikels und in den grauen Vorderhörnern des Rückenmarks.
   1 Fall von Eisenlohr (unbekannte Aetiologie) } mit letalem Ausgange.
   Fall I von Godflam (nach Influenza) }
   Fall II von Godflam (unbekannte Aetiologie) mit günstigem Ausgange.
4. chronischer jahrelanger Verlauf (hierher gehört die grösste Zahl der bisher publicirten Fälle).

Das Krankheitsbild ist entweder selbständig (besonders nach Lues) oder Theilerscheinung anderer Erkrankungen des Centralnervensystems, wie der Poliomyelitis ant. (der Fall von Seeligmüller), der Tabes, der multiplen Sklerose, der Atrophia muscul. progr., der progressiven Paralyse, der Paralysies bulbaires. Hoppe (Allenberg).

---

391) **N. M. Popow.** Progressiwnaja Atrofia połowiny lica, (Progressive, halbseitige Gesichtsatrophie). Mediciniskoje Obosrenie Nr. 22. Mitgetheilt in Kowalewskis Archiv. XIII. I.

Es herrschen gegenwärtig über diese ziemlich seltene und räthselhafte Krankheit zwei von einander abweichende Ansichten: die Einen schreiben

das Entstehen der Krankheit einer Lähmung des trophischen Zweiges des Trigeminus zu, die andern suchen ihre Ursache in einer Sympathicus-Lähmung. Indem nun der Verf. einen Fall von progressiver Atrophie beschreibt, stellt er die Ansicht auf, dass es bei dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft nicht zulässig scheint, sich einer dieser beiden Parteien allzu eng anzuschliessen, dagegen erscheint ihm die Annahme als durchaus gerechtfertigt, dass viele Fälle zu dieser, — viele zu jener Kategorie gerechnet werden müssen. Nach einer sorgfältigen Zusammenstellung aller in der Literatur beschriebenen Fälle theilt sie P. in drei Klassen ein: zu ersterer gehören die Fälle von progressiver Muskelatrophie, verursacht durch periphere Trigeminuslähmung; zur zweiten Kategorie gehören alle die Fälle, welche durch eine Lähmung der, innerhalb des Schädels liegenden Theile der Trigeminus hervorgerufen sind, — und endlich zur dritten alle diejenigen Fälle, die auf einer Sympathicuslähmung beruhen. Kurella.

---

392) **Emile Boix** (Paris): Contribution à l'étude de l'œdème bleu hystérique. (Nouvelle iconograph. de la Salpêtrière No. 1. 1891).

Ein 35jähriger Koch, in dessen Familie verschiedentlich Nervenkrankheiten vorgekommen waren, hatte bis zum 14. Lebensjahre an Enuresis nocturna gelitten, später drei schwere Anfälle von Gelenkrheumatismus und zweimal ein Gesichtserysipel überstanden. Im Jahre 1888 traten plötzliche schmerzhafte Krämpfe in der rechten Hand auf, nach drei Tagen wurde sie kalt, blass und gefühllos und schwoll stark an; dabei war der Arm gelähmt, die Hand bläulich, oedematös und steif. Von sonstigen Störungen war nur eine Anaesthesie des Pharynx bemerkenswerth. Nach einiger Zeit verschwand die Störung plötzlich wieder. Sie ist seitdem noch dreimal wiedergekehrt; zugleich haben sich aber auch andere Störungen eingestellt; so vor allem eine rechtsseitige sensorisch-sensible Hemianaesthesie. Die geschwollene Hand sieht wie von einer Phlegmone befallen aus; sie ist in der Regel kälter ($3^0$—$9^0$) als die gesunde Hand, doch wird sie für Stunden auch einmal $9{,}8^0$ wärmer. Von diesen Temperaturunterschieden weiss der Kranke nichts. Die Hand ist stark flectirt, die Vorderarmmuskulatur ist in Contractur. Die Farbe der Hand war wechselnd, bald violett, bald weiss, meistens marmorirt. Das Oedem liess sich zwar eindrücken, doch stellte sich die glatte Oberfläche immer sehr rasch wieder her, weshalb Verf. von einem elastischen Oedem spricht. Endlich bestand in der Hand Zittern. Es liegt auf der Hand, dass derartige Fälle leicht zu diagnostischen Irrthümern führen, wie dies auch hier der Fall war. Ein näheres Studium des Falles wurde durch den Weggang des um den Bestand seines Leidens besorgten Patienten verhindert.

Stranscheid.

---

393) **E. Roth** (Belgrad): Vier Fälle traumatischer Neurose nebst Bemerkungen zu derselben. (Berl. Kl. Wochenschr. 1891. Nr. 9.)

Die vier Fälle, von denen zwei Bahnbeamte betrafen, bieten an sich nichts Besonderes.

Die anschliessenden Bemerkungen behandeln die augenblicklich in lebhafter Discussion stehenden Fragen der traumatischen Neurose und geben eine gedrängte Uebersicht über den Verlauf und Stand derselben.

In Bezug auf die Aetiologie schreibt R. dem psychischen Moment eine hervorragende Rolle zu; „je mehr dasselbe überwiegt, um so mehr herrschen die psychischen und neurasthenischen Beschwerden vor; je mehr andererseits das Trauma den Vorfall beherrschte, um so mehr treten die localen und weiterhin die organischen Störungen in den Vordergrund". Bei der Therapie setzt R. eine energische psychische Behandlung obenan, die sich allerdings im Allgemeinen mit der Erreichung möglichst anhaltender Besserungen zufrieden geben muss. Schliesslich behandelt R. die praktisch wichtige Frage der Simulation und bekämpft mit gewichtigen Gründen den Vorschlag Seeligmüllers auf Errichtung besonderer Unfallskrankenhäuser zur genauen Feststellung derselben. Hoppe (Allenberg).

---

394) **Kusnezoff, W. P.** Slutschai Astasii i Abasii pri Isterii; (Fall von Astasie-Abasie bei Hysterie) Wiestn. klin. i sudebn. psich. VIII I. — Mitgetheilt in Kowalewskis Archiv XIII. I.

Nach einer kurzen Uebersicht über die Entwicklungsgeschichte der Frage nach der Astasie-Abasie, beschreibt der Verf. einen von ihm selbst beobachteten Fall dieser Krankheit bei einem 26jährigen Mädchen, das seit seiner Kindheit an den verschiedensten Nerven- und Geistesstörungen gelitten hat. Erbliche Belastung wird völlig in Abrede gestellt. In ihrem 18. Lebensjahre traten, neben Kopfschmerzen Schmerzen im Rückgrat ein, und zugleich damit begannen sich die Symptome von Astasie-Abasie zu entwickeln. Schliesslich stellten sich noch Sprachstörungen und eine ganze Reihe hysterischer Symptome ein. Nach mehrjährigem Aufenthalt in der Anstalt fing ihr Gesundheitszustand, obwohl sehr langsam, an, sich zu bessern.
Kurella.

---

395) **H. Oppenheim** und **R. Koehler** (Berlin). Casuistischer Beitrag zum Kapitel der Hirnchirurgie. —
(Berl. Kl. Wochenschr. 1891. Nr. 16).

Nachtrag zu dem im Novemberheft 1890 d. Centralbl. (Nr. 367) referirten Falle von erfolgreicher Exstirpation einer Hirngeschwulst (26. April 1890) bei einer an corticaler Epilepsie leidenden Frau. Bei der Operation hatte ein Theil der Cystenwand zurückgelassen werden müssen, so dass ein Wiederwachsen der Geschwulst wahrscheinlich war. Der über gänseeigrosse Defect des Gehirns verkleinerte sich relativ schnell und füllte sich mit blassröthlichen Massen. Ende Juni stellte sich leichtes Zucken des linken Mundwinkels und stärkeres der linken Zungenhälfte ein. $3^1/_2$ Monate nach der Operation zum zweiten Male wieder ein typischer, den früheren gleicher Anfall von corticaler Epilepsie, nachdem seit einigen Tagen Kopfschmerzen in der rechten Stirngegend aufgetreten waren. (Die Wunde war nur noch etwa mandelgross). Einige Tage später ein zweiter Anfall von geringerer Intensität, darauf heftiges Klagen über Kopfschmerzen und kurz dauernde Schwindelanfälle, die sich ebenso wie die Krampfanfälle nur in den frühen Morgenstunden einstellten.

Ende October ein dritter und bald darauf ein vierter und fünfter Anfall. Allmählich traten andauerndes Schwindelgefühl, ununterbrochene Kopfschmerzen, Schwäche und Steifigkeit im linken Arm, Erbrechen und Schläfrigkeit auf; Zustand wie vor der Operation. Die linksseitige Hemiplegie wurde

vollständig, und unter Zunahme der Pulsfrequenz bis auf 140 und unter Delirien erfolgte am 7. December der Tod.

Die Section ergab eine nicht genau abzugrenzende apfelgrosse, zum Theil erweichte und mehrere Höhlen enthaltende Geschwulst (Gliosarkom), die vornehmlich dem Terrain der Centralwindungen angehörte und Rinde und Marksubstanz in deren unteren Hälfte durchsetzte. Ausserdem zeigte sich das Gehirn hyperämisch und ödematös.

Der Augenhintergrund war bis zum Tode normal geblieben.

Hoppe (Allenberg).

---

396) **G. Vassale**: Interno agli effetti dell' injezione intravenosa di succo di tiroide nei cani operati di estirpazione della tiroide.

(Rivista sperimentale di freniatria. 1890. Bd. 16. H. 4.)

Vassale hat bei Hunden, denen er eben erst die glandula thyreoidea exstirpirt hatte, den Symptomencomplex der Cachexia strumipriva dadurch hintanzuhalten versucht, dass er den Thieren den aus der Drüse ausgelaugten und gereinigten Saft in die vena cruralis einspritzte. Von sechs gelang es ihm so drei Thiere zu retten und gesund zu erhalten. Bei einigen anderen Thieren gelang es ihm, die schon entwickelte Cachexie durch Einspritzung des Schilddrüsensaftes zu hemmen. Nach der Injection zeigte sich bei einzelnen Hunden eine beträchtliche Neigung zu Haemorrhagien. Das Blut auch der kleinsten Hautgefässe zeigte eine hellrothe Farbe und war sehr dünnflüssig. Bei denjenigen Hunden, bei welchen die Symptome der Cachexia strumipriva durch die Injection beseitigt wurden, nahm das früher pechschwarze venöse Blut wieder seine normale Farbe an, und die vorher injicirte Conjunctiva wurde wieder weiss und klar. Darnach könnte man vermuthen, dass nach der Ausschaltung der Schilddrüse die rothen Blutkörperchen die Fähigkeit, Sauerstoff zu assimiliren, verlören und dieselbe durch intravenöse Einspritzung von Thyreoidalblut wieder gewännen. Im übrigen verspricht Verf., die interessante Frage weiter zu studiren und durch andere Experimente womöglich weiter zu erhellen. Strauscheid.

---

397) **A. Fumagalli**: Un caso di sordità verbale.

(Rivista sperim. di freniatria. 1890. Bd. 16. H. 5.)

Eine 44jährige, erblich nicht belastete Bäuerin wurde angeblich, nachdem sie von ihrem Manne verlassen worden war, schweigsam und unruhig. Da sie körperlich rasch verfiel und scheinbar immer blödsinniger wurde, so wurde sie in die Anstalt gebracht. Hier war sie stuporös, verunreinigte sich mit ihren Excrementen und nahm sehr wenig Nahrung zu sich, so dass sie noch weiter entkräftet wurde. Bei genauerer Beobachtung merkte man jetzt, dass sie worttaub war; dabei sprach sie selbst ganz gut, that das durch Gesten von ihr Verlangte, konnte auch Worte nachsprechen, doch ohne sie zu verstehen. $3^1/_2$ Monat, nachdem ihr Leiden bemerkt worden war, verstarb sie. Bei der Section fand man einen 9 qcm langen, 5 cm breiten und 6 cm tiefen Tumor (Gliom ?) des linken Schläfenlappens, der besonders die erste Temporalwindung und den unteren Theil des Frontallappens zerstört hatte. Die Ventrikel waren durch Flüssigkeit stark ausgedehnt, der thalamus opticus und der pes hippocampi linkerseits erweicht. Strauscheid.

---

398) **Ch. Féré** (Paris): Bromuration et antisepsie intestinale.
(Nouv. iconographie de la Salp. Nov. et Déc. 1890.)

F. zeigt an einer grösseren Anzahl von Fällen, dass die Brompräparate bei Epilepsie oft nur in hohen Dosen wirksam sind; er scheute sich nicht, in einzelnen Fällen bis auf 15 gr. pro die zu steigen. Leider setzen bei derartigen Dosen Hauteruptionen, die äusseren Zeichen des Bromismus, leicht ein Hinderniss; in einer ganzen Anzahl solcher Fälle, wo sich Bäder und Arsenikgebrauch als nutzlos erwiesen, konnte man durch tägliche Verabfolgung von 4 gr. $\beta$-Naphthol und 2 gr. Bismuthum salicylicum auf die Dauer jene Eruptionen unterdrücken. In diesen Dosen können Naphthol und Wismuth Monate lang ohne jede Störung gegeben werden; ihre nächste Wirkung ist in der Regel eine Vermehrung des Appetites und das Verschwinden jener Verdauungsstörungen, die bei mit hohen Bromdosen behandelten Kranken nie zu fehlen pflegen. Strauscheid.

---

399) **W. Preyer**: Der Hypnotismus, Vorlesungen gehalten an der königl. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, nebst Anmerkungen und einer nachgelassenen Abhandlung von Braid aus dem Jahre 1845. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1890.

400) **A. Forel**: Der Hypnotismus, seine psycho-physiologische, medicinische, strafrechtliche Bedeutung und seine Handhabung. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1891.

Wer die den Hypnotismus im Ganzen oder einzelne Detailfragen desselben behandelnde Literatur in den letzten 5—6 Jahren einigermassen verfolgt hat, wird, auch wenn er den Standpunkt der Schule von Nancy nicht theilt, es im höchsten Maasse auffällig finden müssen, dass in einem im Jahre 1890 publizirten zusammenfassenden Werke über Hypnotismus die Suggestion sowohl hinsichtlich ihrer Bedeutung als hypnoseerzeugendes als die Symptomatologie dieses Zustandes bestimmendes Mittel eine Vernachlässigung finden konnte, wie dies in dem Preyer'schen Werke der Fall ist. Wodurch diese Vernachlässigung bedingt ist, ob mehr durch mangelhafte Bekanntschaft mit den in Frage kommenden Veröffentlichungen oder durch absichtliches Ignoriren derselben, ist schwer zu entscheiden. Jedenfalls ist das Preyersche Buch schon aus diesem Grunde nicht geeignet, die Erwartungen Desjenigen zu erfüllen, der eine Uebersicht über den neueren (ich sage nicht neuesten) Stand der Lehre vom Hypnotismus gewinnen will. Dasselbe kann nur als eine Sammlung von Aufsätzen betrachtet werden, welche eine Reihe von Detailfragen auf dem Gebiete des Hypnotismus und verschiedene hiermit mehr minder lose oder auch gar nicht zusammenhängende Themata zum Theil in sehr bunter Folge behandeln. Dabei verräth der Autor sowohl bei Prüfung historischer wie physiologischer und pathologischer Thatsachen nicht immer die Schärfe der Kritik, die man von einem Vertreter der Physiologie zu erwarten berechtigt ist. So erachtet es Preyer als feststehend, dass schon vor Jahrtausenden in Indien gewisse Secten (die Jogins) sich durch eigenthümliche Kasteiungen in einen hypnotischen Zustand versetzten. Thatsächlich handelt es sich aber hier nur um eine Muthmaassung, die auf der — von Regnier[1]) in jüngster Zeit eingehend widerlegten — Annahme der

[1]) Regnier, Hypnotisme et croyances anciennes, Paris 1891; wir werden auf diesen Punkt bei Besprechung der Regnier'schen Arbeit zurückkommen.

Identität ekstatischer und hypnotischer Zustände fusst. Genaue und zuverlässige Untersuchungen über den Zustand, in welchen sich die indischen Jogins und Fakire durch ihre eigenthümlichen Selbstabtödtungsproceduren versetzen, insbesondere über ihr Verhalten bei dem vielfach erwähnten Lebendigsichbegrabenlassen derselben liegen, wie Preyer selbst zugiebt, keineswegs vor. Ferner glaubt Preyer aus den bei einigen Schriftstellern des classischen Alterthums vorkommenden Ausdrücken „tractim tangere“ und „doctam manum spargere“ schliessen zu dürfen, dass der Process des Hypnotisirens durch Streichen zu ihrer Zeit wohl bekannt war. Indess werden diese Ausdrücke von Anderen[1]) und jedenfalls mit mehr Recht auf Massage bezogen, da das Gliederkneten und Streichen unstreitig von den Alten viel geübt wurde. Unter dem Titel „aus der Geschichte des thierischen Magnetismus“ bespricht Preyer die Magnetotherapie, den Mesmerismus, die Clairvoyance, die Schreckhypnose, den Somnabulismus und Hypnotismus in der vorstehenden Reihenfolge. In dem Abschnitte über Magnetotherapie wird über den Fall des in der Nothnagel'schen Klinik in Jena behandelten „nicht im Geringsten hysterischen“ Schmiedes Machts berichtet, bei dem ein Blitzschlag Lähmung und Anästhesie der rechten Hand verursachte, die beseitigt wurden, aber nach mehreren Jahren sich plötzlich wieder einstellten. Die Heilung, welche hier durch einen Hufeisenmagneten erzielt wurde, will Preyer nicht einfach als eine Wirkung der Einbildungskraft ansehen. Doch hält er bei den Heilungen durch Magnete den Einfluss einer lebhaften Vorstellung für wenigstens mitbetheiligt. Preyer ist im Uebrigen noch ein gläubiger Anhänger der Metallotherapie und Metalloskopie. Nach seiner Ansicht sprechen ganz lokale Wirkungen auch bei nicht im Geringsten hysterischen Personen (?) gegen die Ausschliesslichkeit psychischer Processe, also Suggestionen (S. 148). Die so werthvollen und für diese Frage entscheidenden Untersuchungen Häckel's über die Bedeutung der Suggestion bei den Wirkungen der sogenannten ästhesiogenen Körper sind Preyer offenbar unbekannt geblieben . . . . Ein Hellsehen sowie eine Transposition der Sinne im hypnostischen Zustande giebt Preyer mit Recht nicht zu. Die sogenannte Schreckhypnose (Kataplexie) will er bei Menschen und Thieren von der eigentlichen Hypnose unterschieden wissen. Er erwähnt, dass ihn zur Untersuchung der hypnotischen Erscheinungen bei Thieren hauptsächlich der Umstand geführt habe, dass die Thiere nicht simuliren, während man sich bei Menschen, besonders weiblichen Individuen nur schwer gegen Simulation sicher stellen könne. Die in Frage stehenden Erscheinungen — Regungslosigkeit etc., die man bei verschiedenen Thieren durch rasches Ergreifen und Festhalten erzeugen kann, betrachtet Preyer als eine Schreckwirkung — daher die Bezeichnung Schreckstarre, Kataplexie. Beim Menschen sollen sehr starke und unerwartete Erregungen der Sinnesnerven, Fälle plötzlicher Lebensgefahr etc. ganz ähnliche, wenn nicht identische Erscheinungen hervorrufen.

Dem gegenüber hebt, wie wir vorgreifend erwähnen müssen, Forel hervor, dass die Simulation keine menschliche Eigenthümlichkeit ist; auch die Thiere wissen sogar sehr schön zu simuliren. Nach Forel und Danilewsky ist die Angsterregung zur Erzeugung hypnotischer Erscheinungen bei Thieren

---

[1]) Vergl. Busch, v. Ziemssens Handbuch der allgemeinen Therapie, 2. Band, 2. Theil, 1882. S. 40.

durchaus nicht nöthig und beruht die Hypnose bei Thieren wie beim Menschen auf Suggestionswirkung. „Das Thier versteht intuitiv den suggestiven Befehl, unterliegt und wird hypnotisirt.“ Die von Preyer angenommene Identität des durch Schrecken verursachten Seelenzustandes und des chirurgischen Shoks mit der Kataplexie bei Thieren wird dadurch natürlich sehr fraglich, während andererseits Preyer wieder darin Recht behält, dass er den betreffenden Seelenzustand als von der eigentlichen Hypnose verschieden, wenn auch mit ihr verwandt, betrachtet. Unter den Merkmalen, welche nach Preyer die Kataplexie von der Hypnose unterscheiden sollen, wird der Umstand angeführt, dass Hypnosen mehr als einer Minute zu ihrer Herbeiführung bedürfen, während die Kataplexie innerhalb weniger Secunden entstehen kann. Diese Behauptung ist um so auffälliger, als nach unserer eigenen Erfahrung durchaus nicht selten, bei manchen Personen sogar regelmässig, tiefe Hypnose in wenigen Secunden herbeizuführen ist. Hinsichtlich der Mittel zur Einleitung hypnotischer Zustände hält P. noch ganz den Braid'schen Standpunkt fest. Es handelt sich nach ihm immer um anhaltende, gleichförmige, nicht ungewöhnlich starke, aber ermüdende Reizung von Sinnesorganen bei ununterbrochen angespannter Aufmerksamkeit. Ob und inwieweit diese Sinnesreize suggestiv wirken, diese Frage wird nicht einmal aufgeworfen. Unerlässlich für den Eintritt der Hypnose soll unter allen Umständen starke einseitige Anspannung der Aufmerksamkeit (expectant attention) sein. Dementsprechend bezweifelt Preyer auch die Möglichkeit, natürlich Schlafende zu hypnotisiren, obwohl beweisende Beobachtungen hierfür von Noizet, Bernheim, Berger u. A. beigebracht wurden. Bezüglich der Suggestivhypnose begnügt sich Preyer, den Satz als wahrscheinlich hinzustellen, dass die hypnogenen Suggestionen selbst für das Hervortreten und Ausbleiben gewisser Symptome im Verlaufe der Hypnose bestimmend sein können. Bei der Darstellung der Symptomatologie der Hypnose vermissen wir vor Allem eine Würdigung der Grundlage derselben, der gesteigerten Suggestibilität und ihrer Folgen für die Psyche. Die Abhängigkeit der einzelnen Erscheinungen von Suggestionen wird auch nur in beschränktem Maasse zugegeben. So soll die halbseitige Starre (Katalepsie) von vorhergängiger Suggestion oder selbständiger Willensrichtung des Patienten nicht unabhängig sein; die totale Katalepsie dagegen ohne jede Suggestion eintreten können. P. will dieselbe in ganz frischen Fällen, als er selbst nicht an sie dachte und andere Beobachtungen machte, ohne jede äussere Reizung wahrgenommen haben. Er will ferner u. A. bei einer Hysterischen einen Fall hypnotischer Seelenfarbenblindheit mit Transfert beobachtet haben, bei dem der Einfluss einer fremden Suggestion sich nicht erkennen liess. . . . . Dass sich Wahnideen, Wahnvorstellungen, Illusionen, Phantasmen auf allen Sinnesgebieten durch Suggestion bei Hypnotisirten leicht hervorrufen lassen, erkennt P. völlig an; aber den Grund dieser Erscheinung erblickt er darin, dass die Hypnotisirten unvernünftig geworden sind und von Phantasiegebilden wie von etwas Wirklichem erfüllt werden. Die Behauptung dagegen, es sei leicht, bei Hypnotisirten Hallucinationen künstlich hervorzurufen, d. h. psychische Zustände, welche auf ausschliesslich centralen Erregungen beruhen und zur excentrischen Localisation und Objectivirung, wie bei wirklichen Wahrnehmungen führen, kann Preyer weder durch eigene Erfahrungen noch durch die vorhandene Literatur begründet oder wahrscheinlich gemacht ansehen. Der Skepticismus, den hier P. entfaltet, scheint denn doch etwas

zu weitgehend. Wenn es möglich ist, wie Bernheim und Forel gezeigt haben, z. B. einer Person sogar posthypnotisch eine Rose oder ein Veilchen in solcher Deutlichkeit zu suggeriren, dass die Betreffende nicht unterscheiden kann, ob sie die Blume wirklich vor sich hat oder nicht, dann dürfte doch um so weniger Grund vorhanden sein, zu bezweifeln, dass wirkliche Hallucinationen auch in der Hypnose sich herbeiführen lassen. Um die volle sinnliche Deutlichkeit des suggerirten Eindruckes zu erzielen, ist allerdings, wie Referent vielfach zu beobachten in der Lage war, auch eine gewisse Eindringlichkeit der Suggestion nöthig. Der so interessanten von Bernheim speciell studirten negativen Hallucinationen und der suggerirten Erinnerungsfälschungen (hallucinations rétro-actives) gedenkt Pr. überhaupt nicht. Als bestes Erweckungsmittel bezeichnet er starkes Anblasen der Gesichtshaut. Unter den Folgen der Hypnose erwähnt P. verschiedene Zufälle, die offenbar von ungeeignetem Hypnotisirungsverfahren herrühren. Wenn bei Frauen Ohnmachten, Schwindel, Kopfschmerzen nach der ungewohnten Anstrengung des Starrens eintreten, so ist eben bei denselben das Fixirenlassen übermässig ausgedehnt worden; man kann aber die Folgen dieses unpassenden Vorgehens nicht ohne Weiteres der Hypnose in die Schuhe schieben. Der Umstand, dass der Hypnotiseur es in der Hand hat, durch geeignete Suggestionen ungünstige Folgezustände der Hypnose zu verhüten, wird andererseits von P. gar nicht erwähnt. Bei einem Vergleiche des natürlichen Schlafes mit der Hypnose findet P. trotz vieler Analogieen die Unterschiede beider Zustände doch zu gross, als dass man die Hypnose nur als eine Abart des gewöhnlichen Schlafes bezeichnen könnte; dagegen bietet nach seiner Meinung die Hysterie in jeder Hinsicht eine durchgehende Aehnlichkeit, man kann schon sagen Uebereinstimmung der Symptome mit den durch die Hypnose hervorgerufenen Veränderungen des normalen Verhaltens dar. Mit dieser Auffassung schliesst sich Preyer den Lehren Charcot's an, anscheinend ohne jedoch die von letzterem Forscher beigebrachten experimentellen Beweise für die Identität des Ursprunges gewisser hysterischer Symptome mit den in der Hypnose auf suggestivem Wege producirbaren Störungen zu kennen. Wir müssen hier darauf verzichten, die Parallele zwischen Hysterie und Hypnose, die P. zeichnet, eingehender zu würdigen, nur einige Bemerkungen können wir uns mit Bezug auf dieselbe gestatten. Wenn wir theoretisch ein Bild der Hysterie construiren, so hält es allerdings nicht schwer, in demselben die einzelnen Züge der Hypnose zu entdecken, wie es vice versa in der Hypnose nicht schwierig ist, die Erscheinung der Hysterie zu produciren. Allein wenn wir die Hysterischen betrachten, so wie sie in concreto als lebende, kranke Individuen sich uns zeigen, so bietet keine, auch nicht die Schwerstkranke, die Erscheinung einer vollständigen tiefen Hypnose dar. Wir würden uns nur lächerlich machen, wenn wir einer Hysterischen z. B. eine rohe Kartoffel als Apfelsine zu essen geben, oder ihr weismachen wollen, dass sie eine Rose in der Hand habe, während sie den Zipfel ihres Taschentuches in derselben festhält. Wenn derartige Suggestionen, die sicher in der grössten Mehrzahl der Fälle tiefer Hypnose bei entsprechendem Vorgehen des Hypnotiseurs gelingen, auch nur bei ganz vereinzelten Hysterischen sich realisiren würden, dann könnte man ernsthaft daran denken, Hypnose und Hysterie zusammenzuwerfen. Man mag die Suggestibilität der Hysterischen noch so hoch taxiren, so bleibt sie doch gegenüber der in der tiefen Hypnose sich zumeist bemerklich machenden

gewaltig beschränkt. Wohl der schwächste Theil des Preyer'schen Buches und dabei reich an Unklarheiten ist das Capitel zur Theorie des Hypnotismus. Es erregt geradezu Verwunderung, einen Vertreter der exacten Forschung Hypothesen an Hypothesen mit so dürftiger Grundlage reihen zu sehen, wie dies hier geschieht. Die durch die Muskel- und Geistesthätigkeit sich bildenden Ermüdungsstoffe sollen durch ihre Anhäufung den Gehirnelementen den nöthigen Sauerstoff entziehen und dadurch den Schlaf herbeiführen. Dass aber auch das Gegentheil von Sauerstoffentziehung, nämlich Ozoneinathmung Schlaf verursachen kann (nach Versuchen von Binz u. A.), wird nicht weiter berücksichtigt. Veränderung der Ernährung einzelner Hirnbezirke wegen Anhäufung von Ermüdungsstoffen in denselben soll auch die physiologische Grundlage des echten hypnotischen Zustandes bilden, und zwar glaubt P., dass sich gegen diese Annahme etwas Triftiges nicht geltend machen lasse. Der Eintritt der Hypnose bewerkstelligt sich, „weil der Sauerstoff des arteriellen Blutes im Gehirn, während der ungewöhnlichen einseitigen Anspannung der Willensthätigkeit beim Starren — Denken, Lauschen, Fühlen — so schnell verbraucht worden ist, dass nicht genug übrig blieb, die graue Substanz der Grosshirnhemisphäre wach zu erhalten." Wie sich bei dieser Theorie die Fälle von Hypnotisirung in wenigen Augenblicken und andererseits das Nichteintreten von Hypnose bei bis zu Stunden ausgedehnten Versuchen mit ermüdenden Reizen erklären soll, bleibt natürlich dahingestellt.

Als Anfang bringt Preyer in deutscher Uebersetzung eine bisher nicht veröffentlichte Schrift Braid's „Ueber die Unterschiede des nervösen und des gewöhnlichen Schlafes" (1845). Aus der sehr lesenswerthen Arbeit erhellt, dass Braid die Bedeutung der Suggestion für die Symptomatologie der Hypnose in weitgehendem Maasse würdigte und ihm auch der Einfluss der Suggestion auf die Entstehung des hypnotischen Zustandes an sich wenigstens bei öfters Eingeschläferten nicht unbekannt geblieben war. Des Weiteren ist ersichtlich, dass Braid die wichtigsten während der Hypnose hervorzurufenden Erscheinungen auf den Gebieten der Bewegung, Empfindung, des Gedächtnisses, Willens, der Gefühlsthätigkeit, der vasomotorischen (Beeinflussung der Menses) und der sekretorischen Vorgänge (Hervorrufung von abundantem Schweisse) wohl kannte. Die Erklärung, welche er für das Zustandekommen der betreffenden Erscheinungen gab, nähert sich in den wesentlichen Punkten ganz entschieden der derzeit von den Anfängern der Nancyer Schule vertretenen Auffassung. So bemerkt er, dass während des wachen Zustandes der Verstand die von den specifischen Sinnesorganen oder den inneren oder idealen Eindrücken abgeleiteten Suggestionen zu sichten und zu controliren pflegt und für die Unterscheidung von Wahrnehmung und Phantasievorstellung sorgt, und dass in einem gewissen Grade des nervösen Schlafes diese regulirende Thätigkeit des Verstandes noch nicht ausfällt. „Aber in der vorgerückteren Phase wird die Einbildungskraft so lebhaft und der Verstand um so viel passiver, dass jede im Geiste entstehende Idee, sei es durch körperliche, sei es durch geistige Suggestion, sofort die ganze Kraft der Wirklichkeit erhält und das Individuum — hier im grossen Unterschiede vom gewöhnlichen Schlafe — diesen Suggestionen entsprechend schnell, wie durch einen reinen Impuls bewogen, handelt, ohne sich Zeit zu nehmen zu langwieriger Ueberlegung, ob die Nothwendigkeit oder Angemessenheit solcher Handlungen vorliege."

Die grosse Empfänglichkeit mancher Personen für Suggestionen im Wachzustande, das gelegentlich zu beobachtende Missverhältniss zwischen Tiefe des Schlafes und Höhe der Suggestibilität, die Möglichkeit eines Widerstandes seitens des Hypnotisirten gegen Suggestionen, die Bedeutung der Dressur für die leichtere Hervorrufung gewisser Phänomene waren dem scharfsinnigen Beobachter gleichfalls nicht entgangen. Bezüglich der therapeutischen Verwerthung der Hypnose betont Braid, dass für die Erzielung von Heilwirkungen tiefer Schlaf mit Amnesie keineswegs erforderlich ist und die Hypnose im Organismus keine neuen Kräfte schafft, sondern nur die vorhandenen verwerthet, indem sie die natürlichen Functionen in ausserordentlichem Maasse steigert oder herabsetzt. Der Aufsatz Braid's bildet wohl den interessantesten Theil des Preyer'schen Buches und zeigt zur Genüge, dass die Hilfsmittel eines physiologischen Laboratoriums kein Erforderniss für erfolgreiche Studien auf dem Gebiete des Hypnotismus bilden.

Forel, dessen Arbeit über den Hypnotismus uns in zweiter, bedeutend erweiterter Auflage vorliegt, ist auf hypnotischem Gebiete in gewissem Maasse Preyer's Antipode. Während letzterer, wie wir sehen, die Suggestion nicht ganz zu ihrem Rechte kommen lässt, finden wir bei F. überall das Bestreben, die Grenzen des Wirkungsbereiches der Suggestion möglichst weit zu ziehen, zum Theil sogar weiter, als der derzeitige Stand unserer Erfahrung rechtfertigt. Indess ist dies nur ein Ausfluss der Begeisterung für die Sache des Hypnotismus, die den Autor erfüllt, aus jeder Seite seines Buches zu uns spricht und — natürlicherweise — gelegentlich auch die kühle Abwägung des Thatsächlichen etwas zurücktreten lässt. Als Einleitung giebt F. eine Erörterung der Beziehungen des Bewusstseins zum Nervensystem vom monistischen Standpunkte, in der manche wichtige eigene hirnanatomische Beobachtung verwerthet wird, aber auch manche Unklarheiten der Darstellung mit unterlaufen. So dürfte selbst für den auf psycho-physiologischem Gebiete Wohlbewanderten schwer zu enträthseln sein, was er unter „plastischer Umbildung in der Hirndynamik" verstehen und wie dieses X die Bewusstseinserscheinung hervorrufen oder verschärfen soll. Von den weiteren Einzelheiten dieses Abschnittes wollen wir nur erwähnen, dass F. die Unterscheidung zwischen bewusstem und organischem Gedächtniss verwirft und im Einklange mit dieser Auffassung der Thätigkeit der infracorticalen Nervencentren bis herab zu den peripheren Ganglien ebenfalls ein Bewusstsein zuschreibt, somit den Anhängern der Rückenmarksseele sich zugesellt. Der Mangel einer associativen Brücke zwischen unserem Ich- (Grosshirn-) Bewusstsein und dem Bewusstsein dieser untergeordneten Centren soll die scheinbare Unbewusstheit der Thätigkeit letzterer erklären. Hauptthatsache des Hypnotismus ist nach Forel der veränderte Seelenzustand, den man zum Unterschiede vom gewöhnlichen Schlafe Hypnose oder Suggestibilitätszustand nennen kann. Was die Erzeugung dieses Zustandes betrifft, so hält F. in Uebereinstimmung mit den Lehren der Nancyer Schule nur eine Art derselben, die Erzeugung durch Vorstellungen (Suggestion) für wissenschaftlich feststehend. Von den Thatsachen, die dem Gebiete des Hypnotismus zugewiesen werden, sind nach Forel nicht bloss das sogenannte Hellsehen, sondern auch die sogenannte directe Gedankenübertragung (suggestion mentale, Telepathie) zweifelhaft, d. h. weder wissenschaftlich genügend erhärtet noch erklärt. Den Begriff der Suggestion formulirt F. nach Liébault: Erzeugung sämmtlicher Erscheinungen der Hypnose durch Erweckung entsprechender

Vorstellungen, besonders Phantasievorstellungen. Eine Suggestion kann bewusst und unbewusst geschehen, oder es kann die betreffende Vorstellung so schwach oder so kurz im Bewusstsein gegenwärtig sein, dass sie sofort wieder aus demselben schwindet, und dennoch eine mächtige Wirkung entfalten. Stets unbewusst bleibt der Mechanismus der Suggestion, d. h. die Art, wie das Wort des Hypnotiseurs den thatsächlichen Erfolg bewirkt. Die Richtigkeit der Liébault'schen Suggestionstheorie hält F. für durch ihre praktischen Erfolge besonders in der Therapie vollständig gesichert; es soll daher auch naheliegen, dass der bisher so verschwommene Begriff des Hypnotismus in den Begriff der Suggestion überzugehen hat. Dies will uns jedoch nicht recht einleuchten. Suggestion mag für die Erzeugung der Hypnose in jedem Falle nothwendig sein, allein der einmal hervorgerufene hypnotische Zustand dauert kurze oder längere Zeit ohne weitere Suggestionseinwirkung an. Die Suggestion ist das Mittel, die Hypnose als solche und ihre speciellen Symptome sind die Wirkungen des Mittels. Man kann Dampfkraft und Eisenbahnbeförderung mit demselben Rechte als ineinander aufgehende Begriffe betrachten als Hypnose und Suggestion. Die Wirkung der Suggestion beschränkt sich übrigens auch nicht auf den hypnotischen Zustand. Dass Forel die Scheidung der hypnotischen Phänomene in solche somatischen und psychischen Ursprungs, wie sie insbesondere die Charcot'sche Schule, aber auch Preyer vertritt, und die drei von Charcot aufgestellten Stadien der Hypnose nicht anerkennt, ist nach dem Vorstehenden selbstverständlich. Indess ist F. auf Grund eigener Versuche auch im Stande, die angebliche action à distance gewisser Arzneimittel nach Luys als auf Suggestivwirkung beruhend zu erklären (wie die Wirkung der Metalle etc.). Hinsichtlich der Ausbreitung der Hypnotisirbarkeit schliesst sich F. dem Bernheim'schen Satze an, dass jeder Hospitalarzt, der nicht 80 % seiner Kranken einzuschläfern vermag, ausreichender Erfahrung ermangelt; er geht noch weiter, sofern er jeden geistig gesunden Menschen für mehr oder weniger hypnotisirbar hält, und nur gewisse momentane Zustände der Psyche als Hindernisse der Hypnose gelten lassen will. Indess ist dies eine rein theoretische Aufstellung. In praxi begegnen wir neben solchen, die schon beim ersten Versuch in ein paar Augenblicken tief hypnotisirt sind, anderen, die sich den ausgedehntesten Versuchen gegenüber völlig refractär erweisen, so dass hier Unterschiede sich präsentiren, die sich nicht einfach in die Formel des mehr oder weniger zwängen lassen, sondern besser als Schwankung von einer Maximalzahl bis herab zu 0 ausgedrückt werden. Forel gedenkt ferner des Umstandes, dass man einen normal schlafenden Menschen durch Suggestion, ohne ihn zu wecken, in Hypnose überführen kann; er erklärt es jedoch für leichter, die Hypnose durch Suggestion in gewöhnlichen Schlaf zu verwandeln. Die Bedeutung der Begeisterung für die Sache beim Hypnotiseur wie beim Hypnotisirten würdigt F. auch vollkommen. Darauf beruht die Suggestivatmosphäre, die sich so manche hervorragende Hypnotiseure schaffen. Auch hinsichtlich der Beziehungen des normalen Schlafes zur Hypnose bekennt sich Forel völlig zu der Lehre der Nancyer Schule, nach welcher die Hypnose sich vom normalen Schlafe nur durch den Rapport des Schlafenden mit dem Hypnotiseur unterscheidet und beide Zustände lediglich durch suggestive Einwirkungen entstehen; beim normalen Schlafe soll es sich nur um eine Autosuggestion handeln, die unbewusst bleiben mag. Wir müssen gestehen, dass wir letztere Theorie noch keineswegs als völlig erwiesen erachten können.

Der Einfluss der Gewöhnung auf den zeitlichen Eintritt der Schlafneigung ist unleugbar, aber es geht hier ebensowenig als in anderen Fällen an, jede Wirkung der Gewöhnung auf Autosuggestionen zurückzuführen. Auch die Einwände, welche von Schrenk-Notzing gegen die Identificirung der physiologischen Bedingungen der Hypnose mit denen des Schlafes geltend macht, indem er auf die Thatsache hinweist, dass bei hochgradiger Erschöpfung des Nervensystems durch aussergewöhnliche Leistungen die Anhäufung der Ermüdungsproducte den Schlaf trotz allen Ankämpfens des Subjectes herbeiführen kann, scheinen mir keineswegs durch die Erklärung Forel's widerlegt, die Erschöpfung des Gehirnes bilde normaliter die stärkste associative Ursache des Schlafes und könne bei bedeutender Höhe unwiderstehlich wirken. Wenn Suggestion des Schlafes bei einem geistig frischen Menschen den hypnotischen Zustand herbeiführt, so kann man allerdings von der Suggestion als Ursache der Hypnose sprechen. Wenn aber ein Erschöpfter ganz gegen seinen Willen, wie es oft vorkommt, vom Schlafe überwältigt wird, so entspricht es unseren naturwissenschaftlichen Denkgewohnheiten, die Erschöpfung als Ursache anzunehmen, weil dieser Factor feststeht, und ohne denselben der Schlaf im gegebenen Falle sicher nicht eingetreten wäre. Ob dagegen eine Suggestion hier überhaupt mitspielt, ist unerwiesen und somit jedenfalls fraglich. F. übersieht auch, dass Schlaf vor jeder Suggestion des Schlafes besteht. Das neugeborene Kind bringt den grössten Theil der Tageszeit schlafend zu; es hat doch wohl nicht die Suggestion des Schlafes als angeborene Idee mit zur Welt gebracht. Die Nichtübereinstimmung der physiologischen Bedingungen nöthigt übrigens nicht zur Annahme einer wesentlichen Verschiedenheit der beiden fraglichen Zustände, und so können wir Forel ohne Weiteres beipflichten, wenn er die drei charakteristischen Eigenschaften des Traumlebens: Halluciniren der Vorstellungen, intensive Gefühls- und Reflexwirkungen derselben, Dissociation der organischen logischen Associationen, zugleich als Kriterien des hypnotischen Bewusstseins hinstellt. Wenn aber F. weiter sich zu dem Glauben bekennt, dass alle Menschen fortwährend im Schlafe träumen, so spricht gegen diesen Glauben, dass der tiefe Schlaf ohne Traumerinnerung meist viel erquickender als der von erinnerbaren Träumen durchzogene ist. Das Traumvorstellen ist auch eine Gehirnthätigkeit und als solche der völligen Restitution nicht förderlich. Wir haben daher keinen Grund, in dem tiefen erquickenden Schlafe, trotz Mangels jeder Traumerinnerung, dennoch Traumthätigkeit anzunehmen. An Graden der Hypnose unterscheidet F. nur drei. 1) Somnolenz, 2) leichten Schlaf oder Hypotaxie, 3) tiefen Schlaf oder Somnambulismus. Da aber die Suggestibilität bei tiefem Schlafe sehr gering oder fast null und andererseits bei geringer Tiefe des Schlafes und selbst im Wachen die Suggestibilität sehr gross sein kann, so hat diese Gradunterscheidung, wie F. selbst zugiebt, ihre Mängel. Hinsichtlich des Verhältnisses der Suggestibilität zum Schlafe erklärt sich F. zunächst dahin, dass die hypnotische Reaction eines Menschen vornehmlich durch die Art der ersten Suggestionen, die er erhält, bestimmt wird. Sucht man vor Allem Schlaf herbeizuführen, so wird der Betreffende ein Schläfer. Hiermit steht es jedoch nicht ganz in Einklang, wenn F. an späterer Stelle das öfters beobachtete Missverhältniss zwischen Tiefe des Schlafes und Höhe der Suggestibilität mit den individuellen und gelegentlichen Ursachen in Zusammenhang bringt, welche bedingen, dass bald diese, bald jene Suggestionen besser wirken. Die hypnotische Reaction hängt also

doch nicht ganz von der Art der Einwirkung des Hypnotiseurs, sondern zum Theil auch von der geistigen Individualität des Hypnotisirten ab.

Von den vasomotorischen, secretorischen und exsudatorischen Wirkungen der Suggestion sind die Hervorrufung von Hautröthungen, Stigmata, Blasen und Schorfen etc., sehr interessant, aber ohne praktische Bedeutung. Wichtiger in dieser Beziehung ist die Beeinflussung der Menstruation und des Stuhlganges. Man kann durch Suggestion sowohl Diarrhöe als Verstopfung beseitigen. Wenn indess F. erwähnt, dass er hartnäckige, jahrelang dauernde Verstopfung mit wenig Suggestionen complet geheilt hat, so wäre es bei der allgemeinen Bedeutung derartiger therapeutischer Thatsachen sehr erwünscht, zu wissen, ob diese complete Heilung sich als dauernd erwiesen hat. Hierüber werden wir jedoch nicht aufgeklärt. Wer in therapeutischen Angelegenheiten so enorm skeptisch sich verhält wie Forel, sollte bezüglich der behaupteten Erfolge seiner eigenen suggestiven Praxis nicht dem geringsten Zweifel Raum geben.

Auch was Forel über die Beeinflussung der Denkvorgänge und des Willens in der Hypnose anführt, ermangelt der Uebereinstimmung in manchen Punkten. Nachdem er sich anheischig gemacht hat, einem Hypnotisirten jeden beliebigen Gedanken oder Einfall einzugeben, vor Allem aber ihm jede Ueberzeugung einzuflössen, gesteht er wieder mit Bernheim zu, dass der Hypnotisirte kein Automat ist und Suggestionen auch abzulehnen vermag. Dabei hat F. gewiss Recht, wenn er sagt, dass der Hauptwitz darin besteht, der Eingebung den subjectiven Charakter des Traumes, des erlebten, der Wahrnehmung oder Handlung zu verleihen, bevor sie dem Hypnotisirten bewusst wird. Allein, wo es sich um eine Suggestion handelt, die den gewohnten Anschauungen oder dem Charakter des Hypnotisirten schnurstracks zuwiderläuft, so hält es eben sehr schwer, derselben den fraglichen subjectiven Charakter zu geben. Dies erkennt auch F. in gewissem Maasse an, indem er zugiebt, dass es sehr schwer ist, allgemeine Eigenschaften und Gemüthsstimmungen zu beherrschen und dass tief ererbte constitutionelle Charaktereigenschaften oder Neigungen nicht wesentlich beeinflusst werden.

Unter den posthypnotischen Erscheinungen hat die suggestion à échéance (Eingebung auf bestimmten Termin), mit welcher im einzelnen von Liébault, Bernheim und Anderen mitgetheilten Beobachtungen bis nach einem Jahre noch Erfolge erzielt wurden, besondere Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Bernheim erklärt die Realisirung dieser Suggestionen durch die Annahme, dass der Hypnotisirte die ganze Zeit hindurch an die Sache denke, ohne es zu wissen. F. glaubt, dass der betreffende Vorgang richtiger als ein Denken in der Sphäre des Unterbewusstseins aufgefasst wird, d. h. als ein unter der Schwelle des gewöhnlichen Bewusstseins bleibender Hirndynamismus, der durch ein mit ihm und dem bestimmten Termin associirtes Zeitmerkzeichen wiederholt wird. Wichtig in psychologischer und forenser Hinsicht ist auch der Seelenzustand während der Ausführung posthypnotischer und Wachsuggestionen. Die Ansichten, welche hierüber bisher geäussert wurden, gehen erheblich auseinander. F. betont, dass die geistige Verfassung des Individuums während der Wirksamkeit dieser Suggestionen sehr differirt. Nach seiner Beobachtung nähern sich — abgesehen von individuellen Verschiedenheiten — die fraglichen Zustände um so mehr der Hypnose, als man einen grösseren, zusammenhängenderen und zugleich barockeren Complex suggerirt, umsomehr

dagegen dem normalen Wachzustande, als die Suggestion naturgemässer, wahrscheinlicher, beschränkter und kürzer ist.

Einen der interessantesten Abschnitte des Forel'schen Buches bilden die Erörterungen desselben über die Bedeutung der Suggestion für die Psychologie, Therapie und Pädagogik, für unser sociales und politisches Leben, Erörterungen, auf die wir hier aus räumlichen Rücksichten nur verweisen können. Nur bei den einleitenden Bemerkungen dieses Abschnittes wollen wir einen Augenblick verweilen. „Die Suggestion," bemerkt hier F., zeigt sich bei genauer Betrachtung als ein Eingriff in die associative Dynamik unserer Seele. Sie dissociirt was associirt war, und associirt, was nicht associirt war. Ihr Haupteingriff ist aber ein hemmender, ist eine Dissociation der (unbewussten) Seelen- (Gehirn-) Automatismen. Die dissociirte Grosshirndynamik des Hypnotisirten ist im Zustande der Schwäche, der „Hypotaxie" gegenüber der gut concentrirten und associirten Dynamik des Hypnotiseurs, die ihr vermittelst der Sinnesorgane aufoctroyirt wird." Die Ursache dieser Subordination d. h. der erhöhten Suggestibilität soll in dem subjectiven Gefühle des Unterliegens seitens des Hypnotisirten liegen. Wir müssen uns hier, zunächst von Sachlichem absehend, die Frage vorlegen, ob die von Forel creirten eigenthümlichen Ausdrücke „associative und associirte Dynamik, dissociirte Grosshirndynamik u. s. w., (welche NB. an keiner Stelle des Buches klar definirt werden) den üblichen psychologischen Bezeichnungen gegenüber irgend einen Vortheil für das Verständniss des Darzulegenden bieten. Wir müssen diese Frage entschieden verneinen und uns zu der Anschauung bekennen, dass z. B. „Vorstellungsvermögen oder normale Vorstellungsthätigkeit" das, was F. mit associativer Dynamik bezeichnet, ebensogut und dabei allgemeiner verständlich ausdrücken und die „dissociirte Grosshirndynamik" durch in seiner normalen Bethätigung behindertes Vorstellungsvermögen" sicher ersetzbar ist, dass sohin irgend ein Bedürfniss für die fraglichen neuen, dem besseren Verständnisse der Sache jedenfalls nicht dienlichen Ausdrücke nicht besteht. In sachlicher Beziehung müssen wir einwenden, dass wir eine Bedingtheit der erhöhten Suggestibilität in der Hypnose von einem Gefühle des Unterliegens nicht acceptiren können, und zwar z. Th. aus Gründen, die Forel selbst uns an die Hand gibt. Bei Erörterung des Wesens der Suggestivwirkung erklärt es F. als höchst wahrscheinlich, dass die Realisirung der Suggestionen, die unbewusste Umwandlung einer Vorstellung in eine Wahrnehmung, eines Handlungsbildes in die betreffende Handlung, der Vorstellung einer Anästhesie in die Anästhesie selbst, nur durch den Wegfall, d. h. durch die Hemmung oder Dissociation der das Gleichgewicht haltenden, organisch associirten Gegenvorstellungen ermöglicht wird. Durch den Wegfall dieser wird die suggerirte Vorstellung allmächtig, und gewinnt sie die höchste Nervenkraftentfaltung, welche sich bis in das periphere Nervensystem fortpflanzt. Diese Auffassung scheint uns völlig der Sachlage zu entsprechen. Ausserdem kommt in Betracht, dass die erhöhte Suggestibilität des Hypnotisirten, wenn nicht besondere suggestive Beeinflussung seitens des Hypnotiseurs es verhindert, auch den von anderer Seite als der des Hypnotiseurs ausgehenden Einflüssen gegenüber sich geltend macht.

Bei Besprechung der Beziehungen der Suggestion zur Geistesstörung macht Forel zunächst der Charcot'schen Lehre gegenüber, nach welcher die Hypnose eine artificielle Neurose (Form der Hysterie) darstellen soll, wie

schon a. a. O. auf die grosse Verbreitung der Hypnotisirbarkeit (80—90% aller Menschen) und den Umstand hin, dass normale gesunde Menschen durchwegs leichter zu hypnotisiren und in der Hypnose gehorsamer sind als hysterische. Meynert gegenüber, welcher die Hypnose zu einem „experimentell erzeugten Blödsinn" degradiren will, betont er, dass die Symptome der Geistesstörung sich auch im normalen Schlafe finden, bei Hypnotisirten die erzeugten Symptome keine Tendenz zur Wiederkehr im Wachzustand zeigen, richtiges Vorgehen seitens des Operateurs vorausgesetzt, dass er selbst und andere Beobachter (Liébault, Bernheim, Wetterstrand u. s. w.) unter vielen Tausenden Hypnotisirten nie einen Fall von ernster oder dauernder Schädigung der geistigen oder körperlichen Gesundheit durch die Hypnose beobachteten. Demnach erscheint ihm das Verdict Meynert's einfach als „die leere Behauptung eines voreingenommenen Gelehrten, der die Frage nicht selbst geprüft hat und nicht prüfen will".

Die Winke für die suggestive oder psychotherapeutische ärztliche Praxis enthalten nichts Wesentliches, das nicht schon von F. anderweitig veröffentlicht ist. Nach F's. Erfahrung erreicht man bei Hysterischen durch geschickte Suggestion im Wachzustande mehr noch als durch förmliche Hypnose; wir können diese Erfahrung nicht als durchgängig zutreffend erachten. Von den angeführten Beispielen von Heilung durch Suggestion ist ein Fall von Emphysem und Asthma, in welchem dauernde Beseitigung der Asthmaanfälle und bedeutende Rückbildung des Emphysems erzielt wurde, höchst beachtenswerth.

Wir haben im Vorstehenden schon den Rahmen eines gewöhnlichen Referates überschritten und müssen daher darauf verzichten, auf die, trotz mancher Uebertreibung in der Taxirung des Suggestiveinflusses höchst beachtenswerthen Bemerkungen F's. über die Suggestion in ihrem Verhältnisse zur Medicin und zur Kurpfuscherei, ferner dessen Darlegung der strafrechtlichen Bedeutung der Suggestion sowie seine interessanten Beobachtungen über den sogenannten Winterschlaf der Siebenschläfer näher einzugehen. Nur einen, in dem Kapitel über die strafrechtliche Bedeutung der Suggestion behandelten Punkt, der mir von besonderer Wichtigkeit erscheint, wollen wir noch kurz berühren: die Gefahren der Hypnose. Forel gesteht nicht bloss zu, dass ein Hypnotiseur fahrlässiger Weise durch leichtfertige und übertriebene Suggestionen oder durch Verabsäumung von Gegensuggestionen Gesundheitsstörungen verursachen kann, sondern er hält es auch für unzweifelhaft, dass man in verbrecherischer Absicht durch Suggestion Krankheiten, eventuell indirect (vielleicht sogar direct) den Tod herbeizuführen vermag.

L. Loewenfeldt.

---

401) **P. Janet:** Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes.
(Revue Philosophique 1891, 3—4.)

Ausführliche Schilderung und Analyse eines Falles von Abulie. Die Pat. bot, ausser verschiedenen Wahnideen und hysterischen Anfällen, als auffallendes Symptom eine dauernde, an Intensität wechselnde Erschwerung der willkürlichen Bewegungen, während automatische und gewohnheitsmässige, sowie suggerirte Bewegungen vollständig ungehindert abliefen, sogar zwangsmässig auftreten konnten. Daneben bestand eine Störung der apperceptiven Thätigkeit, welche in ihrer Intensität vollkommen parallel ging den

Störungen auf dem psychomotorischen Gebiet. Pat. war nicht im Stande, neue Eindrücke im Gedächtniss festzuhalten und zu verarbeiten, oft fehlte sogar das Verständniss für die einfachsten Dinge der Umgebung. Sie konnte fliessend lesen, wusste aber niemals, was sie gelesen; hatte man ihr aber den Inhalt des Gelesenen einmal zum Bewusstsein gebracht, so erkannte sie bei erneutem Lesen denselben jedesmal wieder.

In beiden Symptomenreihen findet Janet ein gemeinsames Moment, die Unfähigkeit, neue Eindrücke zu verarbeiten, sei es die Uebertragung der im Innern entstehenden Impulse auf's psychomotorische Gebiet, sei es die Apperception der von aussen herantretenden Eindrücke, und sucht dadurch das ganze complicirte Krankheitsbild zu erklären.

Sowohl die klinische Schilderung des Falles als auch die psychologische Analyse desselben, welche sich bis auf die Prognose und Therapie erstreckt, bieten dem Verf. Anlass zu einer Menge feiner Beobachtungen und interessanter Bemerkungen, deren Aufzählung den Rahmen des Referates überschreiten würde. H. Dehio (Riga).

---

402) Bewegungen des Krankenbestandes in den öffentlichen Irrenanstalten der Schweiz im Jahre 1889.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1891, Nr. 4.)

| Anstalten. | 1. Januar 1889. | Aufnahmen. | Total entlassen. | davon gestorben. | 31. Dec. 1889. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Burghölzli . . . . . | 353 | 241 | 239 | 49 | 355 |
| 2) Rheinau . . . . . | 659 | 45 | 42 | 31 | 662 |
| 3) Waldau . . . . . | 371 | 159 | 138 | 17 | 392 |
| 4) St. Urban . . . . . | 384 | 163 | 162 | 18 | 385 |
| 5) Marsens . . . . . | 145 | 57 | 49 | 5 | 153 |
| 6) Rosegg . . . . . | 211 | 62 | 53 | 11 | 220 |
| 7) Basel . . . . . | 204 | 191 | 166 | 33 | 229 |
| 8) St. Birmisberg . . . | 312 | 107 | 96 | 24 | 323 |
| 9) Königsfelden . . . . . | 513 | 181 | 160 | 50 | 534 |
| 10) Münsterlingen . . . . | 159 | 93 | 97 | 11 | 155 |
| 11) Katharinenthal (Irrenabtheilung) . . . . . | 232 | 24 | 25 | 21 | 231 |
| 12) Cery . . . . . | 395 | 203 | 177 | 47 | 421 |
| 13) Préfargier . . . . . | 123 | 76 | 76 | 12 | 123 |
| 14) Veruets . . . . . | 154 | 73 | 67 | 20 | 160 |
| | 4215 | 1675 | 1547 | 349 | 4343 |

Kurella.

---

403) Verslag over den staat der gestichten voor krankzinnigen in de jaren 1878, 1879, 1880 en 1881. 250 p. gr. 8°. (Die niederländischen Irrenanstalten in den Jahren 1878—1880.)

Ein umfangreicher Bericht über vier Jahre holländischen Irrenwesens. Die Zahl der Irren ist in diesem Zeitraume von 4136 auf 4458 gestiegen bei vier Millionen Einwohnern, die Zahl der Aufnahmen überstieg in jedem der vier Jahre nicht wesentlich 1100. Die Frauen zeigen ein sehr erhebliches Uebergewicht (524 $^0/_{00}$). Neue Anstalten wurden in diesem Zeitraume

nicht gebaut. Die Mortalität betrug im Durchschnitt der vier Jahre 452 pro Jahr = 10,4 %.

Die Dementia paralytica war im Durchschnitt der vier Berichtsjahre nur mit 3,2 % vertreten. Kurella.

---

404) **v. Krafft-Ebing**: Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. (Sechste Auflage. Stuttgart, Enke, 1891. 328 S.)

v. K.-E's. bekannte Schrift über die sexualen Perversitäten liegt jetzt schon in sechster Auflage vor. Das reiche Beobachtungsmaterial von einschlägigen Störungen, welches dem Verf. beständig zufliesst, fördert in hohem Grade die Umarbeitung der einzelnen Auflagen und hat die ursprüngliche „Studie" zu einer immer mehr umfassenden Monographie sich erweitern lassen. Auch in der vorliegenden neuen Auflage bietet der Verf. ausser einer Vermehrung der früheren schon sehr reichen Casuistik eine Umarbeitung des Textes, die sich im Wesentlichen auf das Capitel der Paraesthesia sexualis bezieht. Die von v. K.-E. als Sadismus, Masochismus u. Fetischismus bezeichneten Störungen werden hier abgehandelt (cf. d. Referat dieses Centralbl. 1891 p. 87). Auch andere Abschnitte zeigen Veränderungen, und ein Excurs über Verletzungen der Sittlichkeit in Form des Exhibitionirens ist neu hinzugekommen. —

In therapeutischer Beziehung sind von besonderem Interesse die fortgesetzten Mittheilungen des Verf. über Behandlung der conträren Sexualempfindung durch Hypnose und Suggestion. Die Erfolge beziehen sich hier vorzugsweise auf Fälle von erworbener conträrer Sexualempfindung, immerhin sind auch in Fällen von angeborener c. S. — wie namentlich Beob. 118 beweist, wo die Dauer des Erfolges durch zwei Jahre beobachtet wird — erfreuliche Besserungen möglich. Angesichts dieser therapeutischen Erfahrungen v. K.-E's, die auch von anderer Seite bestätigt werden, wird gerade bei diesen sonst so verzweifelten Zuständen die hypnotische Behandlung weiter zu erproben sein.

Sicher wird das Werk auch in dieser Auflage eine weite Verbreitung finden. Möge es, den humanen Intentionen des Verf. entsprechend, ohne laienhafter Neugierde zur Befriedigung zu dienen, hauptsächlich von Aerzten und Juristen gelesen werden! Mercklin.

---

405) **C. Lombroso**: Palimsesti del Carcere. (Gefängnissinschriften.)
(Arch. d. Psich. e di science pen., 1890, V—VI.)

Die Gesammtzahl der in den männlichen Gefängnissen von Lombroso gesammelten Inschriften beträgt 809. 510 davon fand man in Büchern, 299 auf Wänden, Trinkgeschirren, Bettstellen u. s. w. L. vergleicht dieselben mit Auf- und Inschriften, wie sie sich ausserhalb des Gefängnisses finden und von denen er 1229 sammelte, — und zwar 663 in Büchern und 566 auf Mauern. Was den Gegenstand dieser Inschriften und das in ihnen vorherrschende Gefühl anbetrifft, so ergeben die erhaltenen Zahlen, dass 1) die Inschriften in den Gefängnissen mannigfaltiger sind als die ausserhalb desselben verfassten, sowohl was den Gegenstand als was ihre Gefühle betrifft; 2) dass in Gefängnissen die Wandinschriften weniger reichhaltig sind als

die in den Büchern, und 3) dass, ausserhalb des Gefängnisses in Beziehung auf den Gegenstand die Inschriften in Büchern, in Bezug auf die Gefühle die an den Wänden mannigfaltiger sind.

Was den Gegenstand der Kerkerinschriften betrifft, so nehmen die erste Reihe diejenigen ein, welche von dem Verbrechen handeln, und zwar 215,14 ‰ der effectiven Summen (436). Mehr als ein Viertel derselben lehnen die Verantwortlichkeit für das Verbrechen ab, 72 enthalten Unschuldsbetheuerungen, 21 Rechtfertigungen, und in 50 derselben wird das Verbrechen Andern zugeschoben. In 54 Palimpsesten tritt der Stolz über die verbrecherische That hervor, 52 handeln von Rache, 24 enthalten Pläne zu neuen, nach der Freilassung zu begehenden Verbrechen. In 15 Inschriften geht der Stolz auf die That in den widerlichsten Cynismus über. Neun enthalten unvorsichtige Geständnisse von Verbrechen, sieben preisen das Verbrechen, besonders den Diebstahl, drei geben Mittel und Wege an, die Gerichte zu betrügen, und 35 Inschriften drücken in ironischer Weise Reue aus; nur 15 drücken Resignation und zwei davon wahre Reue aus.

Nächst den vom Verbrechen selbst handelndem sind am zahlreichsten die Inschriften, welche die Genossen der That zum Gegenstande haben (182,80 ‰).

In 27 Palimpsesten werden die Genossen zu neuen Verbrechen oder zur Rache angetrieben, 24 wenden sich gegen die Denuncianten unter den Mitschuldigen und geben sie der Verachtung preis, 14 enthalten Worte des Trostes und die Hoffnung auf Absolution, und 12 drücken ein gewisses Mitleid mit den Unglücksgefährten aus.

Die dritte Reihe nehmen diejenigen Inschriften ein, welche von der Strafe und Gefängnisshaft handeln, und zwar wiegt der bald direct (42 mal), bald indirect ausgedrückte Wunsch nach Freiheit und Straflosigkeit vor. — 38 enthalten Ausdrücke des Mitleids und der Klage über das Leben der Gefangenen, 20 klagen über die lange Dauer der Haft.

In 17 Fällen spricht sich das Interesse für den Strafprocess und die Vertheidigung aus, in vier Fällen die Furcht vor allzulanger Haft. Bei einigen geht der Wunsch nach Freiheit bis zur Verzweiflung (vier), bis zu Todesgedanken (fünf), bis zu Selbstmordplänen.

Keiner der Gefängnissbeamten entgeht den Verwünschungen der Gefangenen; 33 mal finden sich solche ausgedrückt; 20 sind gegen die Wärter gerichtet, fünf gegen den Geistlichen, vier gegen den Arzt, zwei gegen den Director, und je eine gegen den Oekonomen und den Bibliothekar des Gefängnisses.

In 16 Inschriften wird die Gefängnisskost getadelt, sowohl was die Qualität (11 mal) als was die Quantität (5 mal) betrifft. Fünf Inschriften bezeichnen die Strafanstalt als einen Ort der Corruption.

In den Inschriften der Verbrecher nimmt das Ich einen sehr bedeutenden, — ja wenn man die directen und indirecten Aeusserungen zusammennimmt, wohl den grössten Raum ein. — Direct von der Person des Schreibenden handeln 204 Inschriften, und zwar enthalten die meisten davon Gedanken an die eigene Zukunft und Stolz auf das Verbrechen, der bei manchen bis zur Megalomanie geht. Von Ausschweifungen handeln 135 Inschriften; nur ein ganz geringer Theil derselben (16 ‰) hat Liebesgefühle zum Gegenstande.

112 Inschriften enthalten religiöse Ideen oder Argumente, jedoch findet

man nur in 26 davon wirkliche religiöse Gefühle, in 20 wird die Religion als Mithelferin beim Verbrechen angerufen, 16 drücken vollständige Irreligiosität aus, 29 sind gegen die Geistlichkeit und 11 gegen die Kirche gerichtet. Flüche finden sich nur fünf. Aeusserungen, in denen sich Laster aussprechen, ergeben zusammen eine Quote, durch die sie die vierte Stelle in der Reihe der Objecte erhalten. 87 Aeusserungen drücken Auflehnung gegen das Gesetz aus.

Am wenigsten zahlreich sind die Inschriften, die von den Eltern, von Liebe handeln.

Was die in den Inschriften innerhalb und ausserhalb der Gefängnisse ausgedrückten Gefühle, Gewohnheiten und Neigungen betrifft, so findet man hier sowohl, wie dort ein Ueberwiegen der gemeinen Gesinnung über die ehrliche, allerdings mehr in den Gefängnissen als ausser denselben. So fand L. ausserhalb der Gefängnisse nur auf Mauern Ausdrücke von Frechheit, Verschwendung und Resignation; nur in Büchern: Ausdrücke von Misoneismus, Neid, Schamgefühl, Gerechtigkeit, Dankbarkeit. In den Gefängnissen fand L. ausschliesslich auf Mauern Inschriften, welche Misstrauen und Vorsicht ausdrückten, ausschliesslich in Büchern solche, die Wildheit, Neid, Scherz, Gerechtigkeit, Arbeitsamkeit, Nüchternheit und Dankbarkeit ausdrückten. Gleich zahlreich auf den Mauern des Gefängnisses und in den Büchern sind die Ausdrücke von Wuth, Rache, Lüsternheit, Cynismus, Aberglaube, Liebe und Resignation, und ausserhalb des Gefängnisses Trägheit, Scherz, Klugheit und Muth.

An den Gefängnissmauern wiegen die Ausdrücke von Ungerechtigkeit, Eitelkeit, Ungeduld, Gemeinheit, hartnäckiger Bosheit, Rache und Reue vor; in den Büchern der Ausdruck von Lüsternheit, Ironie, Zorn, Irreligiosität, Schlauheit, Humor, und ausserdem noch bessere Gefühle.

Cynische Inschriften in- und ausserhalb des Kerkers haben nur Eitelkeit und Lüsternheit mit einander gemein. Ausserhalb der Gefängnisse tritt am häufigsten der Ausdruck der Eitelkeit auf, aber einer harmlosen, und im Allgemeinen sehr von der der Verbrecher verschiedenen Eitelkeit.

Den Ausdruck von Sorglosigkeit findet man bei den Verbrechern viermal so oft, als bei Nichtverbrechern, und ein noch grösserer Unterschied tritt hervor mit Bezug auf den Ausdruck hartnäckiger Bosheit, Hass und Neid, wofür die Verbrecher zwei, sechs und acht mal so grosse Zahlen ergeben, als die Nichtverbrecher. Auch Rachegedanken und Obscönitäten finden sich bei ersteren doppelt so häufig, als bei Nichtverbrechern. Dagegen findet man ausserhalb der Gefängnisse häufiger als in denselben den Ausdruck von Zorn, Ironie, Schlauheit und Trägheit. Irreligiosität und Unbeständigkeit kommen hier wie dort in ziemlich gleicher Anzahl vor.

Unter den von Weibern herrührenden Inschriften findet sich die Prostitution in erster Reihe vertreten, und zwar bei 11 %, darunter verewigt sich einmal eine Cunnilingua, einmal eine Tribade. Dann folgen, und zwar mit 10 %, sentimental-erotische Aeusserungen; nur einmal findet sich der Ausdruck der Verbrechereitelkeit. Diese unerwarteten Ergebnisse bezüglich weiblicher nicht-prostituirter Gefangener entsprechen dem Mangel anomaler anthropologischer Charaktere bei diesen, und finden ein Analogon darin, dass die Bänke grosser Mädchenschulen in Turin und Mailand und die Zimmer grosser Mädchenpensionate äusserst wenig Aufschriften zeigen; auch sind diese, anders wie in Instituten für Knaben, züchtig und sanft;

die Schreiberin redet darin ihr Tischchen, ihr Stübchen an, und drückt höchstens eine verschwommene, melancholisch verwässerte Liebessehnsucht aus, aber nie, auch nur im entferntesten, irgend eine deutlich sinnliche Regung. Ottolenghi (Turin).

---

# Redactionelles.

## Eingegangene Bücher.

**Anatomie.**

P. Schieferdecker und A. Kossel. Gewebelehre. Mit besonderer Berücksichtigung des menschlichen Körpers. Erste Abtheilung. Mit 214 Text-Abbildungen. Braunschweig, Harald Bruhn. 1891. 416 S. 8°. Preis Mark 12,60. — v. Plessen und Rabinovicz. Die Kopfnerven von Salamandra maculata. Zwei chromolithogr. Tafeln und vier Zinkographien. 20 S. Gr. Fol. München, J. F. Lehmann. Preis Mark 5. — Merkel. Handbuch der topographischen Anatomie. Erster Band. (Kopf.) 282 Holzschn. 602 S. 8°. Braunschweig, F. Vieweg & Sohn. 1891.

**Physiologie und Psychologie.**

Soury. Les Fonctions du Cerveau. (Doctrines de l'école de Strasbourg, Doctrines de l'école italienne.) 464 p. 8° avec fig. Paris, Lecrosnier & Babé. 1891. Preis 8 Fr. — H. Münsterberg. Ueber Aufgaben und Methoden der Psychologie. 272 S. 8°. Leipzig, Ambr. Abel. 1891. — E. Schlegel. Das Bewusstsein. Mit Geleitsworten von Prof. Th. Meynert. 128 S. 8°. Stuttgart, F. Frommann. 1891.

**Pathologie und Therapie.**

O. Rosenbach. Studien über die Seekrankheit. 56 S. 8°. Berlin, A. Hirschwald. 1891. — G. Lumbroso. Della meningite cronica dell' adulto. 101 p. 8°. Florenz, Le Monnier. 1891. — P. J. Kowalewsky. Die Syphilis des Gehirns und ihre Behandlung. (Russisch.) 122 S. 8°. Charkow, Warschawtschik. 1891. — Stauffer. Ueber einen Fall von Hemianopsie nach Verletzung des Hinterhauptlappens. Zwei Tafeln. 26 S. 8°. Marburg, M. G. Elwert. 1890. — G. Ringier. Erfolge des therapeutischen Hypnotismus in der Landpraxis. 208 S. 8°. München, J. F. Lehmann. Preis Mark 5.

**Psychiatrie.**

v. Krafft-Ebing. Neue Forschungen auf dem Gebiete der Psychopathia sexualis. Zweite, umgearbeitete und vermehrte Auflage. 131 S. 8°. Stuttgart, F. Enke. 1891. Preis Mark 3,60. — G. Specht. Die Mystik im Irrsinn. 127 S. 8°. Wiesbaden, Bergmann. 1891. — E. Laurient. Les Habitués des Prisons de Paris. (Étude d'Anthropologie et de Psychologie Criminelles. 70 Figuren, 14 Tafeln. 607 p. 8°. Paris, G. Masson. 1890.

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 August.** Neue Folge II. Band.


## I. Originalien.

### Ueber Asymmetrie des Schädels bei Torticollis.


Von Dr. H. KURELLA.


Die mechanischen Factoren, welche das Zustandekommen der äusseren Formen des Schädels bedingen, sind noch nicht so genau bekannt, dass nicht gelegentliche Beobachtungen über einzelne derselben ein gewisses Interesse verdienten. Was speciell die zur Entstehung von Asymmetrien führenden mechanischen Factoren betrifft, so haben unter diesen bekanntlich die Differenzen der Widerstände, welche der Binnendruck des Schädelinhalts an symmetrisch gelagerten Orten der Schädelnähte findet, bisher besonders die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt, und eine ganze Reihe von Schädeldifformitäten sind erklärt worden aus Differenzen der Nahtverknöcherung an symmetrisch gelegenen Stellen.

Haben somit die Druckverhältnisse eine eingehende Würdigung gefunden, so scheint dasselbe doch nicht für die auf den Schädel wirkenden Zugkräfte zu gelten. Es kommen in dieser Richtung ja wesentlich die Kaumuskeln und die an den Unter-Seiten-Partien des Schädels sich ansetzenden Hals- und Nackenmuskeln in Betracht; daneben würde, wie besonders vergleichend-anatomische Erwägungen zeigen, die, mit der als „Aufmerksamkeit" bezeichneten Hirnfunction associirte, Innervation der Ohrmuskeln und des übrigen Musculus epicranius in Frage kommen.

Von besonderer Bedeutung ist der Einfluss einer Asymmetrie in der Zugwirkung der an der Occipitalschuppe angreifenden Hals- und Nackenmuskeln. Es kommen hier wesentlich zwei Zustände in Betracht: die Wirkung der die Wirbelsäule mit dem Occiput verbindenden tiefen spinodorsalen Muskeln (Gegenbauer) bei der Scoliose, und die der bei Torticollis ein-

seitig wirkenden Muskeln, des Sternocleidomastoideus, des Splenius capitis und der Clavicularportion des Cucullaris.

Die erste Gruppe dieser Kategorie ist vor längerer Zeit von Ludwig Meyer behandelt worden, in einer ausführlichen Arbeit über den „skoliotischen Schädel" (Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten 1878, Bd. VIII); die nahe verwandten Veränderungen des Schädels bei Torticollis aber sind, so weit die hierfür angestellte Durchsicht der Litteratur seit 1860 reichte, bisher nie besonders beschrieben worden. In den gangbaren neueren Lehrbüchern der Nervenpathologie habe ich die Thatsache überhaupt nicht berührt gefunden, während die meisten neueren Lehrbücher der Chirurgie die Sache zwar erwähnen, aber nur flüchtig und im Vorübergehen.

Diese Lücke[1]) der Litteratur mag es entschuldigen, wenn hier ein einschlägiger Fall mitgetheilt wird, obwohl die Beobachtungen nur am Lebenden gemacht sind und craniometrische Daten über die Zustände an der Schädelbasis deshalb nicht mitgetheilt werden können.

Es handelt sich um einen 46jährigen Dorfschuster, der nach zahlreichen Vorstrafen wegen Diebstahl, Körperverletzung, Sachbeschädigung, Widerstand gegen die Staatsgewalt von der Strafkammer der hiesigen Anstalt zur Beobachtung überwiesen wurde. Er ist ein brutaler, trunksüchtiger, mässig schwachsinniger Mensch, bei dem die somatische Untersuchung im Wesentlichen nichts Anderes zu Tage förderte, als einen geringen Grad von linksseitigem Caput obstipum und eine sehr erhebliche Schädelasymmetrie. Patient führt seinen Schiefhals auf einen Fall gegen die Tischkante im ersten Lebensjahr zurück. Seitdem will er den Kopf mehrere Jahre lang schief nach hinten und links, mit nach rechts gerichtetem Kinn getragen haben; von seinem zehnten Jahre etwa an soll sich dieser Zustand allmählich gebessert haben, bis vor etwa 30 Jahren die sehr geringe Abweichung von der Medianstellung übrig blieb, die heute noch sichtbar ist. Patient kann jetzt seinen Kopf gerade einstellen und in jeder Richtung frei bewegen. Die oberflächliche Musculatur des Nackens zeigt noch jetzt eine ungleiche Entwicklung; zumal der rechte Cucullaris ist in der vom Hinterhaupt entspringenden Portion stark atrophisch, so dass man den Splenius capitis ungewöhnlich frei liegend fühlen kann; eine erhebliche Differenz des rechten und des linken Splenius liess sich nicht feststellen, dagegen zeigte sich der rechte Sternocleidomastoideus, besonders in seiner sternalen Portion, erheblich dünner und schwächer als links.

Die Asymmetrie des Schädels erstreckte sich sowohl auf den Gesichtsschädel als auf die Schädelkapsel. Die linke Kopfhälfte erschien in toto an der rechten nach unten und hinten verschoben und zugleich in ihrer hinteren Hälfte nach rechts gedrängt. Besonders erschien die linke Hälfte der Occipitalschuppe erheblich breiter und stärker gewölbt, als die rechte, der linke Parietalhöcker liegt mehr nach hinten und lateral, und erscheint stärker gewölbt, als der rechte, der linke Proc. mastoideus ist sehr stark entwickelt, während der rechte eben angedeutet ist, die Insertion der linken Ohrmuschel und mit ihr die Ohröffnung steht erheblich (fast zwei cm) tiefer

---

[1]) Erst bei der Correctur wurde mir das zweite Heft des Virchow-Hirsch'schen Jahresberichts für 1890 zugänglich, wo sich auf Seite 245 ein Referat über eine Arbeit von Greffié findet: Torticolis et asymétrie de la face et du crâne. (Montpellier médical. Nr. 10. Bd. XV.)

als die rechte. Die linke Stirnhälfte ist etwas schmaler, als die rechte, und weniger gewölbt, ein Stirnhöcker links kaum angedeutet, rechts kräftig entwickelt. Der Gaumen ist stark asymmetrisch, links viel breiter und flacher gewölbt, sein Anfangstheil, von den Incisio-Alveolen an, steigt in sagittaler Richtung sehr allmählich auf; dabei besteht starke subnasale Prognathie. Die Stirn fliegt stark zurück und hat eine tiefe Einschnürung über den enorm entwickelten Superciliarbogen.

Die Occipitalschuppe betheiligt sich, besonders links, mehr an der Bildung der unteren, als an der der hinteren Wand des Schädels; der occipitale Rand der Lambdanaht springt stark vor und lässt deutlich eine horizontale obere und zwei divergirende seitliche Grenzlinien erkennen („Stufenschädel").

Kranioskopisch ist somit eine Verbiegung des Schädels festgestellt, der Art, dass der Schädel von links vorn nach rechts hinten comprimirt und zugleich nach unten in seiner linken Hälfte verschoben erscheint, wobei im Niveau des Warzenfortsatzes die hintere Hälfte des linken Schädels stärker gewölbt erscheint.

Eine genaue Nachweisung von Asymmetrien durch lineare und Bogenmessung ist bekanntlich am Lebenden kaum möglich, oder sie ergiebt doch in Folge der Unmöglichkeit, die betreffenden Punkte sicher zu fixiren, sehr fragwürdige Resultate. Immerhin lässt sich doch auch am Lebenden ein Bild der allgemeinen Grössenverhältnisse durch einige Zirkel- und Band-Messungen[1]) gewinnen. Die Schädellänge betrug 180 mm, die Breite 158, der Schädel ist somit utrabrachycephal bei einem Index von 87,7. Die Ohrbreite betrug 158 mm, die kleinste Stirnbreite 100[2]), die grösste (Diameter bistephanicus [Broca]) 117 mm. Die Distanz vom Hinterhauptstachel zum linken Stirnhöcker betrug 180, die zum rechten 183 mm. Der Horizontalumfang betrug 545 mm, wovon auf die linke Hälfte kaum 270 kamen, eine Differenz, die wohl kaum ausschliesslich auf Messfehlern beruht. Der Längsbogen von der Nasenwurzel zum Hinterhauptschädel gemessen, betrug 325 mm.

Es wurden ausserdem eine grosse Anzahl linearer Maasse genommen, und zwar jede einzelne Linie an verschiedenen Tagen wiederholt gemessen; wenn dabei auch die absoluten Zahlen für die einzelnen Messungen in Folge mangelhafter Fixirung der einzelnen Punkte variirten, ergab sich doch jedesmal eine Differenz zwischen beiden Schädelhälften; die grösste und constanteste dieser Differenzen bezog sich auf die Lage der Ohröffnungen; wie oben angegeben lag die linke 20 mm tiefer als die rechte.

Es ergiebt sich somit, dass ein im ersten Lebensjahr erworbener, mehrere Jahre bestehender tonischer Krampf im linken Sternocleidomastoideus, Cucullaris und Splenius eine Verbiegung des Schädels herbeigeführt hat, die am deutlichsten in einem Tiefstand des Felsenbeins, ferner in einer stärkeren Wölbung der Hinterhauptschuppe und daneben in einer allgemeinen Verschiebung der linken Schädelhälfte nach unten und hinten zum Ausdruck kommt. Es entspricht diese Deformirung ganz der Zugwirkung dieser Muskeln, die sich sämmtlich in einem ziemlich breiten, vom Proc. mastoideus

---

[1]) Der Versuch einer Umrisszeichnung de[illegible]ma verticalis (Bleidraht) ergab eine Figur, die der von L. Meyer (l. c. Fig. 5, [illegible] II) gezeichneten eines scoliotischen Schädels sehr ähnlich war.

[2]) Der Frontal-Index (100/117) ist auffallend gross und übertrifft den von Corre für Mörder-Schädel mit 0,71 angegebenen erheblich (Corre, Les Criminels. Paris 1889).

zur Protuberantia occipitalis aufsteigenden Streifen an die hintere Fläche der linken Schädelhälfte anheften, und, nachdem der Kopf in seinen Gelenken ad maximum nach hinten und links geneigt und gestreckt war, den Schuppentheil des Os occipitale und den im ersten Lebensjahr damit fest zusammenhängenden Felsentheil des Os temporale nach unten und hinten zerren mussten. Im ersten Lebensjahr, wo die Deformirung begann, ist der Schuppentheil des Hinterhauptbeins mit dessen Seitentheilen noch durch Synarthrose verbunden, welche den Drehpunkt eines Hebels darstellt, in welchem eine Bewegung beginnen musste, sobald die Bewegung im Atlas-Gelenk an ihre äusserste Grenze gelangt war, resp. sobald die Widerstände gegen die Bewegung in diesem Gelenk grösser wurden, als der Widerstand in der Synarthrose. Es musste demnach die allmählich eintretende Deformirung im Wesentlichen in einer Dislocirung der linken Occipitalschuppe nach hinten unten aussen bestehen, während eine erhebliche Wirkung der Zugkräfte auf die Schädelbasis nicht in Frage kam. Immerhin deutet die vorhandene Prognathie und die Asymmetrie des Gaumens auf eine Mitbetheiligung auch der Schädelbasis, wie auch die dauernd ungleiche Belastung der beiden Proc. condyloidei zu einer Differenz der am Grundbein vorhandenen Spannung führen musste. Der Binnendruck des Schädelinhalts auf die Innenfläche der Schädelwände nahm natürlich an dieser Asymmetrie der Wandspannung keinen Theil.

Die linke Schädelhälfte erwies sich, trotz der stärkeren Wölbung am Occipital- und Parietalbein, als Ganzes weniger entwickelt als die linke. Man muss, wie das Bardeleben (Lehrbuch IV, p. 572) für den scoliotischen Schädel that, die Frage aufwerfen, ob der permanente Druck auf die Gefässe der vom Krampf befallenen Halshälfte, zumal der auf die Carotis, nicht mit zur Erklärung der allgemeinen Wachsthumshemmung der betroffenen Schädelhälfte heranzuziehen ist. In dem vorliegenden Falle lässt sich diese Möglichkeit mit Rücksicht darauf nicht ganz von der Hand weisen, dass eine sehr erhebliche Asymmetrie des Larynx bestand. Die linke Platte des Schildknorpels stand fast in der Medianebene des Halses, war etwas niedriger als die rechte und bildete mit dieser einen kaum einen rechten betragenden Winkel. Es wird sich a priori nicht sagen lassen, ob eine ähnliche Druckwirkung auch die benachbarte linke Art. carotis communis getroffen hat.

Auch auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen den bei dem Patienten bestehenden psychischen Anomalien — Schwachsinn, Brutalität, Trunksucht, Verbrecherthum — und der Schädelasymmetrie wird hier nicht eingegangen werden können, um so weniger, als nur am macerirten Schädel ein Urtheil über die Ausdehnung der Beeinflussung der Formverhältnisse an der Basis gewonnen werden kann. Es soll nur darauf hingewiesen werden, dass das Os occipitale sich ganz besonders häufig bei Gewohnheitsverbrechern, zumal solchen gegen die Person, abnorm gestaltet findet.

Wenn die vorliegende Mittheilung somit zu stringenten Schlüssen nicht kommt, wird sie doch vielleicht die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang zwischen Torticollis und Schädel-Asymmetrien lenken; bei der Häufigkeit dieser Krampfform und bei der grossen Zahl bald nach der Geburt auftretender Schiefhälse dürfte hier werthvolles Material für das Verständniss des die Schädelform bedingenden Mechanismus zu gewinnen sein.

# II. Original-Vereinsberichte.

## Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 15. Juni 1891.

406) **Koenig** (Dalldorf): Ueber eine anfallsweise auftretende Sprachstörung bei einer an Dement. paralyt. leidenden Frau.

Die 41jährige Patientin zeigt die typischen Symptome der progressiven Paralyse; nur die Sprache ist nicht gestört, es zeigt sich nur ein hochgradiges Unvermögen, schwere Worte zu behalten; Patientin beklagte sich eines Tages spontan über „Sprachkrämpfe", wollte dieselben schon öfters gehabt haben, aber niemals seien sie so oft aufgetreten, wie an dem betreffenden Tage; in der That traten sie an diesem Tage jedes Mal auf, wenn Patientin anfing zu sprechen: Patientin wurde plötzlich aphonisch, bewegte nur die Lippen, nach einigen Secunden fing sie an zu lallen und zu stammeln, bis nach einigen weiteren Secunden die Sprache wieder normal wurde. Dabei traten keinerlei cerebrale Nebenerscheinungen auf; die groben Bewegungen der Zunge konnten ausgeführt werden; Wortverständniss und Wortbildungsvermögen waren vorhanden. Subjective Beschwerden während eines solchen Anfalles hatte Patientin nicht.

Vortragender sucht nachzuweisen, dass es sich weder um hypochondrische, noch hysterische Anfälle handelt, sondern fasst die Anfälle als abortive, paralytische Insulte auf, und weist auf die Aehnlichkeit hin mit den kurzen Anfällen, wie sie im Prodromalstadium und im Verlaufe der Paralyse nicht selten vorkommen. In der letzten Zeit hat Vortragender noch zwei Fälle von Paralyse beobachtet, bei denen früher auch einige Male rasch vorübergehender Verlust der Sprache aufgetreten sein soll. In diesen beiden Fällen, wie in dem vorliegenden, war mit ganzer Wahrscheinlichkeit Lues vorausgegangen. K. meint, dass es von Interesse sein würde, ein grösseres Material auf diese Sprachstörung hin zu untersuchen. Vielleicht würde sich eine diagnostische Bedeutung derselben feststellen lassen können.

Discussion: Cramer glaubt, dass die beiden letzten Fälle mit dem ersten nicht auf dieselbe Stufe zu setzen sind. Im ersteren handelt es sich um eine Coordinationsstörung zwischen Intonation und den Sprachbewegungen, während in den beiden letzteren vorübergehende aphasische Zustände bestanden, wie sie bei Paralytikern öfters vorkommen.

Moeli: Aphasische Zustände sind von peripherischen Innervationsstörungen gewiss immer zu trennen; in dem Falle Koenig's ist wohl Aphasie mit Bestimmtheit auszuschliessen; es handelt sich um eine Störung der Articulation, resp. der Lautgebung; diese ist zu trennen von der subcorticalen motorischen Aphasie. Es kommt bei Neurosen öfter eine zeitweilige Combination, resp. ein Nacheinanderbestehen von Aphasie und einer Störung des Sprechens durch Störung der Laut- oder Athmungsbewegung vor; man müsste daher beim Auftreten solcher Erscheinungen besonders darauf achten.

407) **Leppmann** (Moabit): Simulation von Geistesstörung umgrenzt von wirklicher Störung oder Rückfall.

Ein 39jähriger hereditär belasteter Bauer von etwas mangelhafter geistiger Entwickelung verleitet einen alten Schäfer zu verschiedenen Brandstiftungen, aus welchen ihm ein pecuniärer Vortheil erwuchs. Ein Dritter versteht es, den Schäfer zur Mittheilung seiner Verbrechen zu bewegen, und benutzt nun diese Kenntniss, um von dem Bauer Geld zu erpressen; dieser ermordet den Schäfer, das Verbrechen kommt an den Tag, der Bauer wird verhaftet; er gesteht alles ein, verfällt bald darauf in einen melancholischen Stupor; nachdem er ein Jahr lang auf der Irrenabtheilung der Moabiter Strafanstalt behandelt worden ist, wird sein Zustand wieder ein normaler; er sucht nun, Blödsinn mit Gedächtnissschwäche zu simuliren. Die Simulation wird ihm nachgewiesen und er zu 15 Jahren Zuchthaus verurtheilt. Nach dem Urtheilsspruch verfällt er wieder in einen stuporösen Zustand. Die weitere Beobachtung beseitigt jeden Verdacht der Simulation. (Der Fall wird ausführlich in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin behandelt werden.)

408) **Jastrowitz** (Schöneberg): Mittheilungen aus der Praxis. a) Demonstration einer höchst merkwürdigen Schädelverletzung eines alten Geisteskranken, b) Demonstration einer Sammlung verschluckter Fremdkörper.

Koenig (Dalldorf).

---

## Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 13. Juli 1891.

409) **Hirschberg**: Sehstörung bei Hirngeschwülsten (mit Demonstration).

Wachsende Hirngeschwülste bedingen Veränderungen im Sehorgane. Die Stauung tritt ganz regelmässig auf, ehe es zu einer Sehstörung kommt. Erst nach Wochen und Monaten fängt die Sehstörung an. Sehstörungen bei Hirngeschwülsten kommen sehr häufig vor, ehe umschriebene Nervenlähmungen anderer Art vorhanden sind. Es giebt drei verschiedene Arten der Sehstörung:

a) eine anfallsweise auftretende und rasch vorübergehende doppelseitige Erblindung (epilept. Amaurose); dieser Anfall dauert eine bis zwei Minuten, dann schwindet er; er kann sich sechs bis acht Mal am Tage wiederholen. Es giebt Fälle, in denen das Gesichtsfeld fortwährend bis auf einen Punkt zusammenschrumpft und sich wieder erweitert. Es kann diese Erblindung eine halbe bis mehrere Stunden dauern;

b) dauernde Sehstörungen durch Tumoren; man hat hier zwei Gruppen zu unterscheiden:

1) die cerebralen Tumoren, welche Halbblindheit machen,
2) die Tumoren, welche im Auge entstehen.

Die Halbblindheit kann sehr gering sein, und es ist oft sehr schwer, durch Aufzeichnung der Gesichtsfelder den Charakter der Halbblindheit herauszuschälen. Es giebt drei Unterarten:

a) die Vergrösserung des blinden Flecks; von dieser wissen die Kranken so gut wie nichts; auch der Arzt meist nichts. Diese besteht schon zu einer Zeit, wo die Patienten noch feinste Schrift lesen;

b) die Gesichtsfeldbeschränkung; diese geht der Herabsetzung der centralen Sehschärfe voraus. Es giebt Fälle, wo ziemlich plötzlich auf

einem Auge ein Gesichtsfeldausfall auftritt; gewöhnlich pflegt man den Druck auf ein bestimmtes Nervenbündel anzuschuldigen;

c) die Herabsetzung der centralen Sehschärfe; diese geschieht auf zweierlei Art:

1) es wird die Netzhaut anatomisch verändert, es kommt zu kleinen Blutungen, zu kleinen Herden, zu einer Fältelung der Netzhaut;
2) das zur Netzhaut gehende Bündel wird in seiner Leitung unterbrochen.

Die beiden Fälle, die H. vorstellen möchte, sind folgende:

1) Eine Frau, die seit einem halben Jahre an Erscheinungen des Hirndruckes leidet, bekommt vor vier Wochen eine leichte Sehstörung; konnte aber noch feinste Schrift lesen. Es findet sich Verbreiterung des blinden Fleckes und eine Hemianopsie.

2) Ein junger Mann, der seit vier Monaten an Erscheinungen des Hirndruckes leidet. Bei der ersten Untersuchung hatte er volle Sehschärfe und ein normales Gesichtsfeld bei einer colossalen Stauungspupille. Bei der zweiten Untersuchung Verbreiterung des blinden Fleckes. Bei der letzten auch Einschränkung des Gesichtsfeldes.

410) **Gnauck**: Demonstration.

Neunjähriger Knabe aus gesunder Familie, bis zum vierten Jahre gesund; damals schwere Diphtheritis; vierzehn Tage nachher Lähmung der linken Seite, mit Herabhängen des linken Mundwinkels; nach fünf Wochen ging die Lähmung zurück. In der sechsten Woche trat ein neuer Anfall auf mit Erbrechen, Schmerzen in der linken Seite und Delirien.

Nach diesem Anfall bildete sich der Status praesens:

Patient zeigt an der linken Hand athetotische Bewegungen; die Bewegungen erstrecken sich auch auf die Zehen; ebenso betheiligt sich die linke Gesichtshälfte; auch die Schulter wird oft hochgezogen. Ausserdem waren auch spastische Bewegungen vorhanden; bekanntlich treten die spastischen Erscheinungen meist intermittirend auf; seltener sind die Formen, wo diese Zustände dauernd neben den athetotischen bestehen. Abgesehen davon bestanden im Anfang noch andere Erscheinungen, vor Allem eine linksseitige Abschwächung der Sensibilität (inclusive Schleimhäute der Nase und des Mundes).

Diese Erscheinungen sind jetzt verschwunden.

Patient meint, dass es sich um eine centrale Affection nach Diphtheritis handelt.

411) **Brasch**: Demonstration eines seltenen Arterienbefundes bei Syphilis des Centralnervensystems.

Der Fall bot diagnostisch keine Schwierigkeiten, da sowohl an den Hirnhäuten wie in der Hirnsubstanz selbst sichere syphilitische Veränderungen bestanden. Die grösseren Arterien der Hirnbasis, welche gesondert untersucht wurden, boten theils die bekannten Heubner'schen Zeichen der Arterienlues dar, die Vertebralis sinistra aber noch eine kurze Strecke lang einen anderen Befund merkwürdiger Art. Es zeigten sich (was bei Besichtigung der frischen Schnitte ganz der Beobachtung entgangen war) bei der Färbung mit Hämatoxylin in der Intima sehr intensiv gefärbte Tumoren etwa von der Grösse eines Stecknadelkopfes und ungefähr sechs bis acht an

Zahl auf jedem Schnitte. Gegen ein Gumma, woran man in erster Reihe denken musste, sprach schon die tinctorielle Besonderheit im Verhalten gegen den kernfärbenden Farbstoff, welcher, so oft er auch unter allen Cautelen angewendet wurde, jene Stellen der Intima in ein ganz opakes undurchsichtiges Dunkel hüllte. Die Untersuchung eines ungefärbten Schnittes schloss jeden Verdacht auf arteficielle Producte und jeden Zweifel an der gewebliehen Structur jener Tumoren aus; man sah in den meisten Fällen eine concentrisch geschichtete Streifung im Innern und eine verfilzte dichtere fibrilläre Structur am Rande ohne Kernbildungen.

Die Weigert'sche Fibrinfärbung fiel negativ aus. Essigsäure änderte auch bei längerer Einwirkung nichts an dem Bilde.

Längeres Verweilen in Laugen löste das ganze Gefäss auf, kürzere Behandlung liess die ganze Gefässwand aufquellen.

Pikrocarmin ergab eine ziemlich diffuse Tinction. Die Tumoren liegen total innerhalb der Intima, die tunica fenestrata zieht überall unversehrt über diese Neubildungen hinweg, es handelt sich also nicht um ein Hineinwachsen der Gewebsbildung in die Intima von anderen Häuten aus, sondern um eine Entstehung in der Intima selbst.

Die Litteratur enthält ähnliche Befunde nicht. Es hiesse den Thatsachen Zwang anthun, wollte man hier nicht an einen syphilitischen Process oder wenigstens an einen von der Syphilis angeregten denken. Interessant ist an dem Präparat noch, dass es die Fähigkeit der Intima, Neubildungen circumscripter Art zu bilden, erweist, was von früheren Bearbeitern geleugnet worden ist.

Der Fall wird ausführlich im Neurologischen Centralblatt veröffentlicht werden, woselbst auch Reproductionen der vom Vortragenden demonstrirten Präparate, nach Photogrammen ausgeführt, zum Abdruck gelangen sollen.

(Autorreferat.)

412) **Bernhardt** verzichtet wegen der vorgerückten Zeit auf seinen Vortrag zu Gunsten Oppenheims. Er möchte nur einige kurze Bemerkungen machen zu dem vor einiger Zeit vorgestellten Fall von Tabes bei einer Frau, die sich durch Arbeiten an der Nähmaschine überangestrengt hatte. Die betreffende Frau, die damals gravida war, ist vor vier Wochen niedergekommen; sie befindet sich ganz wohl und nährt das Kind selbst. Von den Wehenschmerzen will sie sehr wenig empfunden haben; nur beim Durchschneiden des Kopfes hatte sie Schmerzen.

413) **Oppenheim**: Zum Capitel der Myelitis.

Im Laufe der Zeit haben sich von dem, was man Myelitis nannte, so viel Krankheitsgruppen abgesondert, dass man sie jetzt als eine seltene Krankheit bezeichnen muss. Leyden will keine scharfe Grenze gezogen wissen, zwischen der multiplen Sclerose und der Myelitis. Bei Durchsicht des Materials, welches Vortragender während seiner achtjährigen Thätigkeit an der Charité durch die Hände gegangen ist, fiel es ihm auf, wie selten sich Gelegenheit fand, die Diagnose Myelitis zu stellen; noch auffallender aber war die Thatsache, dass sich bei Obductionen nur drei Fälle fanden, in denen man eine primäre Myelitis annehmen konnte. Die weitaus grösste Anzahl der Fälle, welche unter Myelitis gebracht wurden, kommt unter die Rubrik der Compressionsmyelitis. Diese Fälle von secundärer Myelitis scheiden aus.

Es folgt eine weitere kleinere Anzahl, wo sich eine von den Rückenmarkshäuten ausgehende syphilitische Meningitis spinalis vorfand. Oft war es der Fall, dass ein anfänglich als Myelitis imponirender Fall sich als multiple Sclerose entpuppte, in einem anderen fand sich eine combinirte Systemerkrankung.

Es kommen dann eine kleine Anzahl von Fällen, in denen die Diagnose Myelitis gestellt wurde, mit Ausgang in völlige Heilung (Dissertation von Friedländer).

Der eine Fall entwickelte sich auf dem Boden der Malaria; der zweite Fall war durch Neuritis complicirt; der dritte Fall hat dadurch ein besonderes Interesse, dass sich die Lähmungserscheinungen im Anschluss an eine acute Infectionskrankheit entwickelten nach einem Intervall von mehreren Wochen. Hier gesellten sich schwere bulbäre Symptome hinzu; nach Verlauf von zwei Monaten bildeten sich alle Erscheinungen zurück, und es zeigten sich atrophische Erscheinungen in einzelnen Nervengebieten. Das Hinzutreten einer Neuritis hält Vortragender für sehr wichtig, für die Diagnose wie Prognose. Bei Neuritis kommen ja oft Rückenmarkserkrankungen vor.

An diesen Fall schliessen sich zwei an, in welchen die Erscheinungen einer vollständigen Myelitis transversa dorsalis auftreten. Auch hier bedeutende Besserung. Die nächste Kategorie besteht aus Fällen, welche zur Autopsie gekommen sind; es sind nur zwei:

1) diffuse Myelitis bei Tuberculose,
2) diffuse Myelitis bei Carcinose.

In sieben Fällen, wo eine acute Myelitis diagnosticirt worden war, entzogen sich die Patienten der weiteren Beobachtung. In zwei von diesen lag Syphilis vor; in einem ein Ulcus von fraglichem Charakter; in einem war Malaria, in einem ein längerer hartnäckiger Darmkatarrh vorangegangen, in zwei Fällen war die Diagnose nicht sicher.

Auch von anderen Forschern sind Beobachtungen von diffuser Myelitis nicht in grosser Anzahl mitgetheilt worden; die meisten Fälle stammen aus früherer Zeit; jedenfalls sind die Mittheilungen von Fällen von reiner primärer Myelitis immer seltener geworden.

Sicher ist das Vorkommen von Myelitis dissemin.

1) bei Infectionskrankheiten wie Variola, Typhus, Scarlatina, Erysipelas, Gonorrhoe;
2) im Verlauf der Lues, der Tuberculose und Malaria;
3) im Puerperium;
4) auf dem Boden der Geschwulstcachexie.

Diese disseminirende Myelitis hat die Tendenz, auch eine hier entsprechende Würdigung hervorzurufen. Die Fälle, welche sich an Gonorrhoe anschlossen, sind meist günstig verlaufen.

Die chronischen Fälle von Myelitis erweisen sich meist nicht als selbstständige Myelitiden, sondern gehören in das Gebiet der disseminirten Sclerose.

Leyden vertritt den Standpunkt, dass die Hirnheerde bei disseminirter Myelitis auf die Bezeichnung keine maassgebende Entscheidung haben dürften, so lange sie keine Symptome machen.

Vortragender kann sich dieser Ansicht nicht anschliessen.

Resumé:

1) Die Lehre von der Myelitis ist in vielen Beziehungen noch in Dunkel gehüllt, und es herrscht in Bezug auf Diagnose und Abgrenzung

weit grössere Unklarheit und Unsicherheit als auf den meisten anderen Gebieten der Rückenmarkspathologie.

2) Die primäre Myelitis ist eine im Ganzen seltene Krankheit.

3) Es giebt eine disseminirte und eine diffuse Form der Myelitis, welche oft die Tendenz zeigen können, Veränderungen im Gehirn und an den Gehirnnerven, seltener an den peripheren Nerven zu machen.

4) In der Aetiologie der Myelitis spielen die Infectionskrankheiten die wichtigste Rolle.

5) Die Prognose ist nach dieser schärferen Begrenzung, d. h. nach dem Ausscheiden der disseminirten Sclerose und combinirten Systemerkrankung nicht mehr so ungünstig. Koenig (Dalldorf).

---

# III. Referate und Kritiken.

414) **L. Blumenau** (Petersburg): Ueber den äusseren Kern des Keilstrangs im verlängerten Mark. (Aus dem Flechsig'schen Laboratorium.)
(Neurolog. Centralblatt 1891, Nr. 8.)

Auf Grund der Angaben Clarke's, dass der Keilstrangkern aus zwei Kernen, einem inneren und einem äusseren, bestehe, der dieselben bestätigenden Experimente v. Monakow's und der pathologischen Befunde (Menzel beschrieb eine hochgradige Atrophie der äusseren Kerne beider Keilstränge bei einem Falle von hereditärer Ataxie, während B. selbst an einem von Flechsig und Hosel beschriebenen Gehirn mit porencephalitischem Defect in der linken hinteren Centralwindung eine Atrophie nur der medialen Abtheilung des Keilstrangs befand) untersuchte B. die Oblongata eines Erwachsenen, eines Neugeborenen und mehrerer Embryonen verschiedenen Alters. Danach erscheint der äussere Kern erst auf der Höhe des verlängerten Marks da, wo von der directen Kleinhirnseitenstrangbahn Bogenfasern nach hinten zum untersten Ende des Corp. restiforma abzugehen beginnen, während tiefer, besonders an der Peripherie des inneren Kernes, sich doch schon einzelne Zellen finden, die durch Grösse und Form denen des äusseren Kernes gleichen. Der äussere Kern entsteht durch eine Abschnürung dieser peripheren Zellen, und durch fortwährende Abschnürung der peripherischen Theile des inneren Keilstrangs nimmt der äussere Keilstrangkern so zu, dass er bald den inneren an Grösse übertrifft. Weiter nach oben (oberhalb der ersten Bündel des inneren Kleinhirnstiels) nimmt der innere Kern rasch ab und verschwindet ganz; das obere Ende des äusseren Keilstrangkerns lässt sich bis zu den untersten Austrittsebenen des Acusticus verfolgen. Die multipolaren Zellen des äusseren Keilstrangkernes zeichnen sich durch beträchtliche Grösse aus (50—80 $\mu$) und haben viele Aehnlichkeit mit denen der Clarke'schen Säule im dorsalen Mark.

Weitere Untersuchungen über den Zusammenhang der Hinterstränge mit dem Corp. restiforme führten B. zu dem Resultate, dass speciellere Beziehungen zu dem Kleinhirnstiel (derselben Seite) sicher nur dem äusseren

Keilstrangkern zuzuschreiben sind, wodurch eine physiologische Analogie des äusseren Keilstrangkerns (Beziehung zum Hinterstrang einer- und zum Corp. restiforme-Kleinhirnstiel andererseits) und der Clarke'schen Säule (Verbindung von Hinterstrangfasern mit dem Kleinhirnseitenstrang) hervortritt. B. hält nach seinen Präparaten auch eine Verbindung der Keilstrangkerne mit dem Corp. restiforme der anderen Seite für wahrscheinlich.

Hoppe (Allenberg).

---

415) **G. Retzius**: En hittils obeaktad egendommelighed i menniskohjernans embryonela utveckling. (Eine bisher noch unbeobachtete Eigenthümlichkeit in der embryonalen Entwicklung des Menschengehirns.)

(Svenska läkare-Sällskapets Förh. 1891, 24/2.)

Man beobachtet bei embryonalen Gehirnen im vierten bis fünften Monat constant eine eigenthümliche, knotige Unebenheit an der Aussenseite der Hemisphären, die man früher für pathologisch hielt. Bei näherer mikroskopischer Untersuchung zeigte es sich indessen, dass die Knötchen aus wuchernden Ganglienzellenhaufen bestehen, welche die späteren Pyramidenzellen repräsentiren. Die Unebenheit der Oberfläche war dadurch entstanden, dass die Pia und die äusserste, graue, zellenarme Schicht der Hirnsubstanz weggerissen war, was sehr leicht geschieht. Sobald es durch sorgfältige Härtung und Präparation gelang, die Oberfläche intact zu erhalten, war sie vollständig glatt, und man sah die Knötchen nur schwach durchscheinen. Die Zunahme der Hirnrinde geht also nicht, wie allgemein angenommen wird, gleichmässig von statten, sondern ungleichmässig, indem die Ganglienzellen gruppenweise proliferiren. In der ersten Hälfte des sechsten Monats ist die Entwicklung jedoch überall gleichmässig, so dass die betreffenden Unebenheiten dann nicht mehr beobachtet werden.

P. D. Koch.

---

416) Dr. **Schütz** (Leipzig): Anatomische Untersuchungen über den Faserverlauf im centralen Höhlengrau und den Nervenfaserschwund in demselben bei der progressiven Paralyse der Irren.

(Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, Bd. XXII, Heft 3, p. 527—587.)

Bei der Verfolgung des Reflexbogens, dessen Störung die Pupillenstarre der Paralytiker bedingt, wurde der Verfasser dazu geführt, die Umgebung der Oculomotoriuskerne in Bezug auf Verbindungsfasern zu untersuchen. (p. 528): „Die Kernregion selbst bot in ihren Beziehungen zu den Nachbargebilden die verschiedensten Möglichkeiten für den Weiterverlauf der Pupillenfasern. Dies galt namentlich für die an die Kernregion anstossende, den Aquaeductus Sylvii umgebende graue Masse, das röhrenförmige Grau." Unter der Hand erweiterte sich dem Verfasser die Aufgabe zu einer Untersuchung über den Faserverlauf im centralen Höhlengrau. Es wurde ausschliesslich die von Pal angegebene Modification der Weigert'schen Methode angewendet, wobei alle Fasern sich blau gefärbt von einem weissen Grunde abheben. Die kritischen Bemerkungen des Verfassers über die richtige Anwendung dieser Methode (p. 549) sind im Stande, auch skeptischen Lesern Vertrauen zu den mitgetheilten Beobachtungen einzuflössen. Man ist bekanntlich im Stande, durch starke Entfärbung bei der genannten Methode einen optischen „Faserschwund" künstlich hervorzurufen. Die An-

nahme solcher Irrthümer ist bei der bewussten Vorsicht des Verfassers entschieden zu verwerfen.

Die Darstellung des complicirten Faserverlaufs im centralen Höhlengrau muss im Original nachgelesen werden (p. 543 und 544). Nach der Feststellung der normalen Verhältnisse wird der Befund an zwölf Gehirnen von Paralytischen, deren Krankengeschichten vorausgehen, mitgetheilt. In allen Fällen zeigte das dorsale Längsbündel einen mehr oder weniger ausgedehnten Faserschwund, womit eine Abnahme der aus dem centralen Höhlengrau in die Formatio reticularis eintretenden Radiärfasern parallel ging. Ferner zeigte sich in elf Fällen eine Abnahme der Fasernetze im Kerngrau, wobei ausschliesslich die Kerne der motorischen Nerven betheiligt waren. Der Hypoglossuskern war in neun Fällen, der Facialiskern in acht Fällen in Bezug auf das Fasernetz geschädigt. Was die Verwendung dieser Befunde für die Erklärung gewisser klinischer Erscheinungen der Paralyse betrifft, so mag der Umstand zur Vorsicht mahnen, dass gerade im fünften Fall, welcher ausnahmsweise keine deutliche Veränderung des Facialis- und Hypoglossuskernes aufwies, klinisch die Sprachstörung sehr im Vordergrund stand. In Bezug auf den pathologisch-anatomischen Process, welchem dieser Faserschwund im centralen Höhlengrau zuzurechnen ist, hebt Schütz hervor, dass in der Mehrzahl der untersuchten Gehirne Paralytischer jede Spur einer entzündlichen Veränderung fehlte. Bei einer durchaus kritischen Behandlung der anatomischen Befunde gelangt der Verfasser zu folgendem Satz (p. 584): „Es liess sich keine bestimmte Beziehung irgend eines Theiles des centralen Höhlengrau zu dem Pupillenreflex auf Licht feststellen. Damit ist aber die Wahrscheinlichkeit nicht ausgeschlossen, dass im centralen Höhlengrau demnach Fasern verlaufen, die einen Theil jenes Reflexbogens bilden."

Für die weiteren Arbeiten, welche sich an die vorliegende Untersuchung anschliessen werden, muss besonders die Anwendung von Längsschnitten empfohlen werden, z. B. gewähren bilateral-symmetrische Längsschnitte am Boden der Rautengrube einen vorzüglichen Einblick in die Beziehungen des dorsalen Längsbündels, dessen Bedeutung von Schütz sehr in den Vordergrund gestellt worden ist. Sommer (Würzburg).

---

417) Dr. **Heinrich Hochhans**: Ueber diphtheritische Lähmungen.
(Virchow's Archiv, Bd. 124, Heft 2.)

H. untersuchte die gelähmten Nerven und Muskeln von vier an Diphtheritis gestorbenen Kranken sowohl frisch in Kochsalzlösung als nach erfolgter Härtung in chromsaurem Kali und Alkohol. Der Befund war in allen Fällen fast der gleiche. In den Muskelzupfpräparaten fanden sich starke parenchymatöse Trübungen der einzelnen Fasern, die Muskelkerne bei Essigsäurezusatz sehr vermehrt, das interstitielle Gewebe gewuchert, stellenweise sehr kernreich. An gehärteten, mit Eosin, Hämatoxylin und Pikrocarmin gefärbten Präparaten zeigte sich starke Verbreiterung des interstitiellen Bindegewebes mit stellenweiser zahlreicher Kernanhäufung, meistens um die Gefässe herum. Die Muskulatur selbst war weniger verändert. Die Querstreifung war erhalten. Einige Muskelfasern hatten körnigen Inhalt und wiesen starke Vermehrung der Muskelkerne auf. Die Untersuchung der peripheren Nerven ergab in Kochsalzlösung und nach Behandlung mit Osmium ein negatives Resultat mit Ausnahme einer geringen Kernvermehrung

in den feinen Muskelästchen. Hervorgehoben seien noch die Veränderungen am Herzfleisch. Hier war die Zellenanhäufung besonders um die Gefässe herum ausserordentlich umfangreich und hatte die umgebende Muskulatur zum Theil verdrängt, zum Theil zum Schwunde gebracht. Die erhaltenen Fasern zeigten aber durchweg recht gute Querstreifung. Es ist also als Ursache für die diphtheritische Lähmung eine ausgesprochene Entzündung der Muskeln, die hauptsächlich im Zwischengewebe localisirt war, neben einer unbedeutenden interstitiellen Entzündung der Nerven gefunden worden. Die Centralorgane werden als normal bezeichnet. (Eine histologische Untersuchung derselben ist nicht vorgenommen worden. Ref.) Dem erbrachten anatomischen Nachweis der muskulären Erkrankung bei diphtheritischer Lähmung entspricht der klinische Befund, da sich bei genauer elektrischer Untersuchung der gelähmten Muskeln keine qualitativen Veränderungen, sondern nur geringe quantitative Unterschiede feststellen liessen. Verfasser kommt zu dem Schluss, dass die Ursache der diphtheritischen Lähmungen, die bisher nur in den Nerven und im Rückenmark anatomisch nachweisbar war, auch in den Muskeln ihren Sitz haben kann.

Bielschowsky (Breslau).

---

418) **Jvar Svenson**: Fall af myositis ossificans progressiva multiplex. (Ein Fall von myositis ossificans progressiva multiplex.) (Hygiea, März 1891.)

J. H. P., ein 14jähriger Knabe, stammt aus gesunder Familie; im Alter von vier Jahren fällt er von einem Baugerüst, mit dem Rücken quer über einen Balken und darauf hinunter in den Keller. Er zog sich hierbei nur einige oberflächliche Contusionen zu und war nach drei Tagen wieder ganz munter. Einige Wochen später fiel es jedoch auf, dass die linke Schulter tiefer stand als die rechte, dass der Kopf nach rechts gebeugt wurde, und noch etwas später bemerkte man, dass der rechte Oberarm nur in horizontale Stellung gehoben werden konnte, welche Bewegung in den folgenden Jahren noch mehr eingeschränkt wurde. Nach einem Trauma im Nacken, (i. J. 1879) wurde der Nacken steif, nach einem neuen Trauma im Rücken (i. J. 1880) auch dieser. Im Sommer 1890 beobachtete man einen steinharten Knoten an der hinteren Wand der linken Achselhöhle und der linke Arm fing an, steif zu werden. Bei der Untersuchung (November 1890) fand man auf beiden Seiten an der hinteren Wand der Achselhöhle (mm. latiss. dorsi et teres major) einen ovalen flachen Knochen von ungefähr 7 cm Länge und 2 cm Breite, der abwärts in den vorderen Rand des Schulterblatts übergeht. Ebenso fand man medial vom Schulterblatt, parallel mit dem Rückgrat auf der rechten Seite einen cylindrischen Knochen, 5 cm lang, 1 cm breit, auf der linken Seite einen ganz ähnlichen, nur etwas kleineren Knochen. Mässige Scoliose. Der Nacken abgeplattet und alle seine Muskeln hart und atrophisch, besonders der rechte M. levator ang. scapula. Nirgends Schmerzen oder Empfindlichkeit, Spuren von Eiweiss im Urin.

P. D. Koch (Kopenhagen).

---

419) **Jvar Svenson**: Fall af lokal hyperidrosis i ansigtet. (Ein Fall von localer Hyperhydrosis im Gesicht.) (Hygiea, April 1891.)

Patient litt von seinem sechsten bis siebenten Jahr an starker Schweissabsonderung auf der glabella und beiden Backen, die sich immer beim Essen

und bei körperlicher Arbeit einstellte; anfangs nur beim Geniessen gesalzener Speisen, später jedoch auch bei allen möglichen andern Nahrungsmitteln, und zwar war die Schweissabsonderung so stark, dass er es schliesslich — weil er beständig genöthigt war, sich das Gesicht abzutrocknen — vermied, in Gesellschaft Anderer zu essen und sich für einen lebenslang unglücklichen Menschen hielt. Nachdem er ohne Erfolg die verschiedensten Mittel angewendet hatte, wurde er schliesslich durch abendliche Einreibungen mit einer gerbsäurehaltigen Salbe geheilt.

Mit Bezug auf diesen Fall bemerkt Grundal in der Discussion der Schwedischen Aerzte-Versammlung, dass solche Fälle von localer Schweisssecretion nicht selten bei Patienten mit Gicht oder Syphilis, sowie bei solchen, die an Halophagie leiden, vorkommen; zu letzterer Kategorie glaubt er auch den Svenson'schen Fall rechnen zu müssen. (Patient war in Stockholm geboren, wo von der ärmeren Bevölkerung grosse Massen Salzfisch gegessen werden. Redner selbst kennt noch drei Personen aus derselben Gegend, die an derselben Krankheit in geringerem Grade leiden.) Grundal meint, dass die Heilung eine Folge veränderter Diät und nicht der angewandten Salbe ist. Gegen die Halophagie selbst wendet Grundal mit Erfolg Aether nitrosus spirituosus an. P. D. Koch (Kopenhagen).

---

420) **Axel Eurén**: Jagttagelser med v. Basch's Sphygmomanometer om blodtrycket hos menniskan, under fysiologiska och patologiska forhållandar. (Beobachtungen mit v. Basch's Sphygmomanometer über den Blutdruck beim Menschen unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen.)

(Upsala läkare fören. förh., Bd. XXVI, Nr. 5—6, 1890—91.)

In einer Abhandlung über obenerwähntes Thema theilt E. auch einige Beobachtungen über die Höhe des Blutdrucks bei an Hemiplegie leidenden Patienten mit. Es zeigte sich bei diesen fast constant eine nicht unbedeutende Verminderung des Blutdrucks in der Art. radialis auf der kranken Seite (in der Regel 25—30 mm Quecksilberdruck), welche sich nach Ansicht des Verfassers durch die Annahme einer vasomotorischen Parese — neben der motorischen — erklären lässt. Auf eine solche weisen ja auch verschiedene Phänomene hin, die oft bei Hemiplegikern in den gelähmten Extremitäten auftreten, wie: Herabsetzung der Temperatur, Oedem, Cyanose, abnorme Schweisssecretion u. dergl. P. D. Koch (Kopenhagen).

---

421) Prof. **Pick** (Prag): Ueber die sogenannte Re-Evolution (Hughlings-Jackson) nach epileptischen Anfällen nebst Bemerkungen über transitorische Worttaubheit.

(Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, Bd. XXII, Heft 3, p. 756—779.)

Der Verfasser sucht die Wiederherstellung der psychischen Functionen nach den epileptischen Bewusstseinspausen, die „Re-Evolution" Hughlings-Jackson's, mit Bezug auf einen genau beobachteten Fall an der Hand der neueren Lehren von den Sprachstörungen, den sensorischen Anästhesien zu verfolgen. Es wurden bei einem Epileptiker in der Re-Evolution jedesmal folgende drei Formen der Worttaubheit in regelmässiger Reihenfolge constatirt (p. 771): „Zuerst das Fehlen jedweden Sprachverständnisses, daran

anschliessend fehlendes Sprachverständniss mit Perception der unverstandenen Worte und dadurch ermöglichter Echolalie, drittens endlich fehlendes Sprachverständniss bei richtiger Perception der als solcher aufgefassten Worte und dadurch ermöglichter Benützung derselben in willkürlicher, nicht, wie im vorigen Stadium, automatischer Weise.“ Diese bestimmte Reihenfolge von psychischen Erscheinungen muss in einer ebenso regelmässig ablaufenden Folge somatischer Vorgänge begründet sein. Diese gesetzmässige Reihe somatischer Zustände specialisirt der Verfasser als eine in bestimmter Reihenfolge vor sich gehende functionelle Restitution der verschiedenen beim Sprachakt betheiligten „Centren“. Die beobachteten Erscheinungen werden also auf Grund der zur Zeit giltigen Localisationstheorien erklärt. Der Verfasser bezieht sich auf Lichtheim's bekanntes Schema, in welchem unter A das Klangbildcentrum, unter AB die Leitungsbahn vom Klangbildcentrum zum Begriffscentrum B verstanden wird (p. 773): „Zuerst, bei völliger Erschöpfung des acustischen Centrums, vollständiges Fehlen des Verständnisses, die Worte dringen nur wie ein verworrenes Geräusch an's Ohr des Kranken; zweitens bei Nachlass der Erschöpfung kommt es zur Perception der Wörter in A, aber in Folge noch vorhandener functioneller Schädigung der Bahn AB nicht zur Apperception derselben in B, zum Verständniss derselben, wobei jedoch Echolalie möglich ist.“ Die dritte Stufe der Worttaubheit, „auf welcher der Kranke die Worte als solche auffasst, aber sie noch nicht versteht und dem dadurch Ausdruck verleiht, dass er sie in Frageform umstellt und nicht automatisch, wie bei der vorigen Stufe, wiederholt,“ — erklärt Pick durch eine theilweise noch herabgesetzte Function des Centrums B, d. h. also des Begriffscentrums.

Pick bezieht sich auf den Fall von Heubner, in welchem der Kranke das Vorgesprochene ohne Verständniss direct nachsprach. Als pathologisch-anatomisches Correlativum für die fehlende Verbindung zwischen Wort- und Sprachbegriff zeigte sich bei der Section eine Zerstörung in der „Umgebung der ersten linken Schläfenwindung in grösstem Umfange um dieselbe herum“ ohne Verletzung des Marklagers. Mit diesem Befund bringt Pick den Umstand in Verbindung, dass im vorliegenden Falle aus einer postepileptischen allmählichen Vergrösserung des zuerst stark eingeschränkten Gesichtsfeldes auf eine stufenweise verschwindende Störung in den Rindenabschnitten des Hinterhauptlappens geschlossen werden konnte, welche sich an jene Territorien direct anschliessen. Zur Unterstützung seiner Deutung der postepileptischen Erscheinungen führt Pick die Aeusserungen Herzen's über die Rückkehr des Bewusstseins nach einfacher Synkope an (Bull. de la soc. de psych. physiol. II, Paris 1886, p. 50).

In der Besprechung der krankengeschichtlichen Beobachtungen sind die Thatsachen mit den Erklärungsversuchen im Sinne der Localisationstheorien so verflochten, dass ich dem Leser eine scharfe Unterscheidung dieser beiden Elemente anempfehlen möchte. Vielleicht lässt die allgemeine Annahme einer gesetzmässigen Reihe materieller Vorgänge, welche dem gesetzmässigen Ablauf der Sprachstörung parallel laufen muss, noch andere Specialisirungen zu als diejenige, welche eine in bestimmter Reihenfolge vor sich gehende Restitution verschiedener Centren behauptet.

Die Verbindung der Sprachstörung und der Gesichtsfeldeinschränkungen wird vom Verfasser in anatomischen Lageverhältnissen gesucht. Neben diesem Erklärungsversuch könnten vielleicht noch andere Theorien für die Auffassung

der sehr werthvollen beobachteten Thatsachen herangezogen werden, z. B. der hypothetische Gedanke, dass jene doppelartigen Störungen eine Function der stufenweise zurückkehrenden Aufmerksamkeit seien.

Sommer (Würzburg).

---

422) Dr. **Heinrich Lorenz:** Beitrag zur Kenntniss der multiplen degenerativen Neuritis. (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. XVIII, p. 493.)

35jähriger Kranker, potator, stets gesund, acquirirt, nach einer starken Erkältung eine grosse Schmerzhaftigkeit der Wadenmuskulatur. Unter gleichzeitigem Auftreten von Magendarmstörungen verbreiten sich die Schmerzen über die unteren und oberen Extremitäten. Im weiteren Verlaufe der Krankheit entwickelt sich eine allmählich zunehmende schlaffe Lähmung der Arme und Beine, rapid fortschreitende Atrophie der Muskulatur, Parästhesie und Anästhesie an den peripheren Partien der Gliedmaassen, Störung des Muskelsinns, Druckschmerzhaftigkeit der Muskulatur. An den Nervenstämmen fehlt die Druckempfindlichkeit. Patellarreflexe sind erloschen. Vaguslähmung. Heftige, unstillbare Diarrhöe und Erbrechen. Tod $3^1/_2$ Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome. Die Section ergab Intactheit der nervösen Centralorgane, hochgradige Degeneration der peripheren Nerven, Atrophie der Muskelfibrillen mit Betheiligung des interstitiellen Gewebes. Aorta, Hirnarterien, A. radialis und cruralis zartwandig. In den Coronararterien heerdweise Verdickung der Gefässwand. Periphere Arterien bis zu 5 mm Durchmesser normal, die unter dieser Grösse durch starke Intimawucherung und theilweise Zellinfiltration der Wände verändert. Kleinere Gefässe oft vollständig obliterirt. Arterien von einem Durchmesser unter 0,4 mm wieder normal. Anschliessend an diesen Fall, der neben einer unzweifelhaften Neuritis eine Erkrankung der Gefässe aufweist, citirt Verfasser zwei Fälle, die Kussmaul und Maier vor 25 Jahren beschrieben haben, unter dem Titel: „Ueber eine bisher nicht beschriebene eigenthümliche Arterienerkrankung (Periarteritis nodosa), die mit Morb. Brightii und rapid fortschreitender allgemeiner Muskellähmung einhergeht.“ Die Krankengeschichten beweisen, dass beide Fälle der Neuritis zuzurechnen sind, über die damals noch wenig Kenntnisse vorlagen. Der eine Fall kam zur Section. Es wurde mikroskopisch nachgewiesen: Wachsartige Degeneration einzelner Muskelbündel, fettige Degeneration von Nervenröhren, knotige Erkrankung der Arterien in dem Durchmesser von 0,73 bis 0,55 mm. Der zweite Fall kam zur Heilung. An einem zur Untersuchung excidirten Stückchen Wadenmuskel fanden sich an den arteriellen Gefässen umschriebene Erweiterungen, abwechselnd mit Verengerungen, oft zwei bis drei nebeneinander. Die Gefässwandungen verdickt. Diese drei Fälle vermehren die Beobachtungen über das Auftreten von Gefässerkrankung bei Neuritis. Die Art der Erkrankung ist eine verschiedene. Sie stellt sich entweder als gleichmässige Verdickung sämmtlicher Schichten der Gefässwand dar oder betrifft die eine oder die andere Schicht in vorwiegender Weise. Die Abhängigkeit der Gefässerkrankung vom Nervensystem ist nicht erwiesen, und der Verfasser nimmt an, dass durch das gleiche Virus gleichzeitig oder nacheinander nicht nur Nerven und Muskeln, sondern auch die Gefässe erkranken können, so dass die Erkrankungen dieser verschiedenen Organe einander ätiologisch coordinirt sind. Warum nur die Gefässe von einem gewissen Caliber erkranken, lässt sich

bisher noch nicht erklären. In allen drei Fällen lag potatorium vor. Lues war nicht vorhanden. Bielschowsky (Breslau).

---

423) **Charcot:** Intoxication par le sulfure de carbone.
(Leçons de mardi à la Salpêtrière 1888—89, p. 43.)

Ein 63jähriger, sonst gesunder Mann, Arbeiter einer Kautschuckfabrik ($H_2S$) bekam einen schlagartigen Anfall mit Bewusstseinsverlust von einer halben Stunde Dauer. Danach war er verwirrt. Am dritten Tage trat Lähmung des rechten Armes, weniger des Beines, Hemianästhesie, Hemispasmus glossolabialis, rechtsseitige Gesichtsfeldeinschränkung und Diplopia monocularis auf, sowie Unempfindlichkeit des Pharynx. Psychisch zeigten sich Erscheinungen, wie bei männlicher Hysterie, Prostration, schreckhafte Träume. Handelt es sich hier und in anderen Fällen von $H_2S$-Vergiftung um Hysterie, die durch das Gift provocirt worden ist, so giebt es doch auch andere nicht hysterische Neurosen, welche von $H_2S$ abhängen, wahrscheinlich auf Grund von peripherischer Neuritis. Otto (Dalldorf).

---

424) **Charcot:** Sciatique avec déformation spéciale du tronc; à la suite d'un coup reçut sur le front, Neurasthénie et Hysterie.
(Leçons de mardi à la Salpêtrière 1888—89, p. 19.)

Bei einem 33jährigen, geistig wenig entwickelten Mann bestand schon lange eine schwere Ischias und gekreuzte Scoliose. Er erhielt dann einen Schlag auf die linke Stirn, verlor das Bewusstsein zehn Minuten lang und bekam dann nervöse und psychische Erscheinungen, Schlaflosigkeit, Energielosigkeit, schreckhafte Träume und Schwäche der Muskulatur. Das Gesichtsfeld war concentrisch eingeschränkt, es bestand Diplopia monocularis, sensorische Hemianästhesie links, Hemianalgesie u. s. w. In der linken Leiste war eine hysterogene Zone mit rudimentären Anfällen von Bewusstlosigkeit. Patient war Trinker und erblich belastet. Das Trauma fügte zur Ischias noch eine Neurasthenie und Hysterie. Zum Schluss wendet sich Charcot gegen die traumatische Neurose. Otto (Dalldorf).

---

425) **Charcot:** Hémiplegie spinale croisée (syndrome de Brown-Séquard), par la lésion traumatique de la moelle épinière dans sa moitié latérale.
(Leçons de mardi à la Salpêtrière 1888—89, p. 45.)

Ein Mann, 24 Jahr alt, hatte mit 16 Jahren einen Messerstich in das Rückenmark bekommen in der Höhe des zweiten und dritten Brustwirbels, rechts vom Dornfortsatz eindringend, worauf angeblich Lähmung des linken und Gefühllosigkeit des rechten Beins bestand. Von Charcot wurden (also nach acht Jahren) noch folgende Störungen gefunden: Die Lähmung des linken Beines war schon von der achten Woche, nach der Verletzung, ab fast ganz geschwunden, die Sehnenphänomene waren daselbst erhöht, und es bestand eine Atrophie des betreffendes Beines ohne elektrische Veränderung. Auf der rechten Seite waren Bewegung und Reflexe normal, der Muskelsinn ungestört. Es bestand Dysästhesie, wobei der Kranke zwar fühlte, manchmal langsam, aber nicht genau localisiren konnte. Die Verbreitung dieser Störung nur über das rechte Bein und die rechte Unterleibsgegend, im

Gegensatz zu frischen Fällen, war wohl bedingt durch ein theilweises Zurückgehen der Störung im Rückenmark nach längerem Bestand der Affection. Obwohl der stark belastete Kranke auch hysterische Züge aufwies, war an der Abhängigkeit der eben geschilderten Störung von einer organischen Läsion nicht zu zweifeln schon mit Rücksicht auf die bei Hysterie nicht vorhandene Dysästhesie. Otto (Dalldorf).

---

426) **Brissand**: De l'influence des centres trophiques de la moelle sur la distribution topographique de certaines névrites toxiques.
(Arch. de Neurologie 1891, März.)

Die Neuritis tritt bei Alkoholismus manchmal in einem umschriebenen Nervenbezirk auf. Verfasser illustrirt dies durch Mittheilung eines Falles, der umschriebene motorische, sensibele und trophische Störungen bot in dem Gebiete der Nerven, welche im Plexus lumbo-sacralis zwischen erstem Lenden- und erstem Sacraltheil liegen (saph., crur., poplit. ext., obturat.), am ausgeprägtesten zwischen zweitem Lumbal- und erstem Sacraltheil (rour., obturat., poplit. ext.). Die Neuritis betrifft nun zwar in diffuser Weise die Verzweigungen des genannten Nervengebiets, aber sie ist insofern keine diffuse, als sie auftritt in den Ausläufern nur des genannten umschriebenen Theils des Plexus oder des höher im Rückenmark gelegenen Abschnittes, von wo der betreffende Plexustheil seinen Ursprung nimmt. Mit Rücksicht auf neuere Untersuchungen über Saturnismus, muskuläre Atrophie bei Tabes und Hemiplegie meint Verfasser bezüglich der alkoholischen und sonstigen Neuritiden, dass, wenn auch viele derselben durch directe Einwirkung der schädlichen Substanz auf die Nerven allein entstehen, in anderen Fällen hinsichtlich der Verbreitung der paralytischen und trophischen Störungen doch eine Abhängigkeit der peripherischen Läsion von einem höheren Punkte des Nervensystems, etwa von einem Centrum betheiligter Nerven im Rückenmark, welches auch durch die toxische Substanz beeinflusst werde, vorhanden sein müsse. Otto (Dalldorf).

---

427) Prof. **Herm. Eichhorst**: Das Verhalten des Patellarsehnenreflexes bei Tabes dorsalis cervicalis. (Virchow's Archiv, Bd. 125, Heft 1.)

Bei einer 54jährigen Frau, die, ohne dass die Anamnese erhoben werden konnte, in comatösem Zustand unter dem Bild einer linksseitigen Hirnblutung in die Klinik gebracht wurde, fehlten die Patellarsehnenreflexe beiderseitig. E. nahm an, dass neben der Apoplexie noch eine alte Tabes dorsalis bestehe. Die Section der am dritten Beobachtungstage verstorbenen Kranken bestätigte die Diagnose. Die mikroskopische Untersuchung ergab folgenden bemerkenswerthen Befund. Die Degeneration der Hinterstränge vom Halsmark bis zum unteren Drittel des Brustmarkes war sehr ausgesprochen, von da ab bis zum Fil. termin. war das Rückenmark in jeder Hinsicht unversehrt, im besonderen die Localisationsstelle für den Patellarsehnenreflex, die E. kurz als Westphal'sche Stelle bezeichnet, vollkommen normal. Die Untersuchung der Cruralnerven gab eine Erklärung für das Fehlen des P. R. Dieselben waren durch eine ausgebreitete Neuritis ausserordentlich verändert. Die Mehrzahl der Nervenfasern war markfrei, dabei ungewöhnlich reich an Kernen. Dieser Fall beweist die von Einigen be-

strittene Thatsache, dass bei Tab. dors. cervic. trotz normalem Befund an der Westphal'schen Stelle die Patellarsehnenreflexe in Folge der Unterbrechung der Reflexbahn in den peripheren Nerven fehlen können.

Bielschowsky (Breslau).

---

428) Prof. **Eulenburg** (Berlin): Beitrag zu den Erkrankungen des Conus medullaris und der Cauda equina beim Weibe.

(Zeitschr. für klin. Med., Bd. XVIII, Heft 5 und 6.)

36jährige Patientin erkrankte (1882) an einem Gebärmutterleiden. Zu gleicher Zeit stellten sich Schwäche und lancinirende Schmerzen in den Beinen ein. Seit drei Jahren verschlechterte sich der Zustand; es traten heftige Schmerzanfälle in den Beinen auf. Nach einem solchen Anfall bildete sich 1888 eine Blasenlähmung aus. Dabei starker Schmerz in der Blase und in einem grossen Theil des Unterkörpers. Später traten ähnliche Erscheinungen im Mastdarm auf. Februar 1890 bot Patient. folgenden Status. Schmerz in der Kreuzbein-, Anal- und Blasengegend. Steissbein bei Druck in hohem Grad empfindlich. Anästhesie und Analgesie im untern Theil der Gesässgegend, am Anus, Darme, an den Schamlippen, am obersten innersten Abschnitt beider Oberschenkel. Ferner zog eine breite anästhetische Zone von der Glutäalgegend über die hintere Fläche des Oberschenkels, die Kniekehle und Wade nach dem äusseren Fussrande und nahm am Fussrücken und Sohle die Breite der zwei letzten Zehen ein. Verlangsamung der sensiblen Leitung an einzelnen Stellen. Die Muskulatur auf der Rückseite der Oberschenkel schlaff und leicht atrophisch. Spitzenstellung der Füsse unmöglich. Gang schwerfällig. Patellar-Refl. auf beiden Seiten deutlich. Kein Fussklonus. Sohlenreflex nur auf sehr starke Reize zu erhalten. Glutäalreflex fehlte. Die elektrische Untersuchung ergab herabgesetzte elektrische Erregbarkeit an den Beugemuskeln des Oberschenkels. Das Peroneusgebiet ziemlich normal. Am N. tibialis erschien die Erregbarkeit für faradische, galvanische und Spannungsströme völlig erloschen. Die Wadenmuskulatur zeigte auch bei stärkster directer Reizung keine deutliche Reaction. EaR nirgends bemerkbar. Lähmung des Mastdarms und der Blase. Cystitis. Die Behandlung bestand in centraler und peripherer Galvanisation, elektrischer Pinselung, elektrischer und manueller Massage, kühlen Sitzbädern, Soolbädern. Gegen die Coccygodynie wurde mit Erfolg der Funkenstrom angewendet, die Areflexie und Anästhesie der Blase und des Mastdarmes wurde mit Strychnininjectionen bekämpft. Nach fünfmonatlicher Behandlung war eine deutliche Besserung zu constatiren. Die Hautsensibilität war nirgends mehr vollständig aufgehoben, jedoch bestand noch Herabsetzung des Schmerzgefühls, im Allgemeinen symmetrisch, in der Glutäalfalte und am Anus, in der Kniekehle und am äusseren Fussrand. Die spontanen Schmerzen waren bedeutend geringer, Blase und Mastdarm etwas gebessert, der Gang war leichter und ausdauernder. Die directe und indirecte elektrische Erregbarkeit hatte sich für die Wadenmuskulatur, rechts mehr als links, gehoben. Verf. sondert die Erscheinungen in drei Gruppen:

1) Anästhesie, Areflexie und beeinträchtigte willkürliche Innervation von Blase und Mastdarm.

2) Anästhesie in einem Theil der Glutäal-, in der Anococcygealgegend, am Darme, an den äusseren Genitalien.

3) Die — partielle — Sensibilitäts- und Motilitätsstörung an den untern Extremitäten.

Diese drei Symptomengruppen zusammen ergeben das Bild einer subacuten — und was besonders bemerkenswerth ist, genuinen, nicht traumatischen — Erkrankung des Conus medullaris oder der entsprechenden Wurzeln und Nervenstämme der Cauda equina. Welche von beiden Möglichkeiten vorliegt, ist nicht mit Sicherheit zu bestimmen; im ersteren Falle würde der Krankheitsheerd sich vom Segment des ersten Sacralnerven bis zu denjenigen des fünften im Conus terminalis erstrecken. Die genauere Analyse der pathologisch-anatomischen Lokalisation eignet sich nicht zum Referat und muss im Original nachgelesen werden.

Bielschowsky (Breslau).

---

429) **Charcot**: 1) Bâillement hystérique (bâillement naturel et bâillement suggéré. (Leçons du mardi à la Salpêtrière 1888—89 p. 1.) — 2) Dyspnée ou mieux tachypnée hystérique. (ibidem p. 11.)

1) Das Gähnen trat bei einer jungen Hysterischen rhythmisch auf, anfangs acht, später vier Mal in der Minute. Die Respiration verschwand zeitweise ganz, zu anderen Zeiten trat nervöser Husten abwechselnd mit dem Gähnen ein, oder zuletzt wechselten gewöhnliche Respirationsbewegungen mit ihm ab. Graphische Darstellung. Das Gähnen cessirte nicht während des wachen Zustandes, ausser wenn Anfälle eintraten. Eine andere Kranke gähnte in der Hypnose, auf Suggestion, in fast derselben Weise.

2) Bei einer 20jährigen Hysterischen traten 170—180 Respirationen in der Minute ein, der Puls hatte 60—80 Schläge. Im Schlaf war die Athmung gewöhnlich, im wachen Zustand trat die Tachypnoe anfallsweise auf (einem hysterischen Anfall entsprechend). Dieser Zustand bestand als einzige Erscheinung schon ein Jahr und zeigt die Schwere der Fälle von Hystérie monosymptomatique.

Otto (Dalldorf).

---

430) **James J. Putnam** (Boston): A group of cases of system scleroses of the spinal cord, associated with diffuse collateral degeneration; occuring in enfeebled persons past middle life, and especially in women; studied with particular reference to etiology.

(The journal of nervous and mental disease. Febr. 1891.)

Verfasser hatte in den letzten Jahren Gelegenheit, acht Fälle von gemischter Sclerose, welche letal endeten und von denen vier zur Section kamen, genauer zu beobachten; sie bilden die Grundlage des vorliegenden Artikels. Die vier Sectionsbefunde sind ziemlich genau wiedergegeben. Der pathologisch-anatomische Befund besteht im Wesentlichen in einer verhältnissmässig chronischen Sclerose der Hinter- und der Seitenstränge; dazu kommt eine mehr acute und frische degenerative Veränderung der anliegenden Partien, welche bald mehr diffus, bald mehr systemweise betroffen sind; die Ganglienzellen des Rückenmarks und wahrscheinlich auch die der Intervertebralganglien zeigen eine diffuse, verschieden starke Degeneration von ungewisser Dauer; nur mässige Degeneration findet man in den Nervenwurzeln und in den peripheren Nerven. Das Symptomenbild ist naturgemäss ein

sehr wechselndes, indem bald mehr sensible, bald mehr motorische Störungen in den Vordergrund treten. Die Mehrzahl der Patienten sind Frauen über 50 Jahre. Was die Aetiologie der Krankheit angeht, so liegt wahrscheinlich in den meisten Fällen eine Entwicklungsschwäche des Rückenmarks vor, die sich anatomisch durch den geringen Umfang des Rückenmarks sowie durch das öftere Vorkommen von an sich unbedeutenden Missbildungen kennzeichnet. Alle Patienten pflegen anämische, heruntergekommene, oft durch langwierige Krankheiten, wie chronische Diarrhöe, chronischen Rheumatismus, geschwächte Individuen zu sein. In einzelnen Fällen ist eine chronische Blei- oder Arsenikvergiftung vor der Spinalerkrankung vorhanden gewesen; in solchen Fällen mag vielleicht eine Prophylaxe der Krankheit möglich sein. Der Verlauf der Erkrankung ist ein ungünstiger, und zwar wird in der Regel in 1—2 Jahren, manchmal noch rascher der exitus letalis herbeigeführt. Eine Therapie, welche den verhängnissvollen Ausgang aufhalten könnte, gibt es nicht. Strauscheid.

---

431) **Charles S. Dana:** The degenerative diseases of the spinal cord, with the description of a new type.

(The journal of nervous and mental disease. April 1891.)

Im Anschluss an die oben erwähnte Arbeit von Putnam, dessen Angaben voll bestätigt und durch einen neuen Fall weiter bekräftigt werden, versucht Verfasser, diese Fälle als eine besondere neue Krankheitsgruppe von den bisher bekannten abzutrennen.

Die kurze Beschreibung der Symptome dieser Krankheit sei wörtlich hier angeführt:

„The symptoms began generally with numbness of the extremities, followed by progressive enfeeblement and ending always in a preterminal paraplegia. Great emaciation and anaemia were present and there was often an obstinate diarrhoea.

No paralysis of any special groups of muscles occurred until the final paraplegia set in.

There were in some cases anaesthesia and ataxia, but spastic symptoms with exaggerated knee-jerk and ankle clonus were the more common.

Lancinating or girdle pains were very rarely present.

The arms were affected, but less than the legs. The vision and other special senses and speech were not disturbed. Mental symptoms approaching dementia were observed in the terminal stages in some cases.

The general course was that of a rather rapidly progressive affection causing paraesthesia and sometimes anaesthesia of the extremities, especially the lower, with progressive weakness of the extremities. This was associated with anaemia, general muscular emaciation, diarrhoea, ending in a paraplegia.“

Bei der Autopsie fand sich auch in dem Falle des Verfassers (45jährige Frau) eine primäre, von Gefässerkrankungen anscheinend unabhängige Degeneration der Hinter- und Seitenstränge mit terminaler Erweichung.

Verfasser will diese Fälle von den bisher bekannten Typen der gemischten Sclerose (Friedreich's Krankheit, progressive Paralyse, atactische Paraplegie) als neuen Typus streng geschieden wissen.

Strauscheid.

---

432) **W. H. Noble** (Philadelphia): Report of a case of anaesthesia of the right side, succeeded by hyperaesthesia of the same side and paresis of the left, associated with balanitis.

(The journal of nervous and mental disease. April 1891.)

Ein an Endocarditis leidender Mann, welcher mehrmals Rheumatismus überstanden hatte, erkrankte nach einer grossen Aufregung und Anstrengung eines Tages plötzlich an einem Gefühl von Taubsein der rechten Seite. Nach ein paar Stunden wurde er bewusstlos, das Athmen nahm den Cheyne-Stokes'schen Typus an, die linke Seite war gelähmt, während auf der rechten Seite eine Hyperästhesie sich einstellte. Der behandelnde Arzt vermuthete zunächst eine Hirnembolie. Als er behufs Katheterisirung den penis inspicirte, fand er eine durch eine Eichelentzündung bedingte starke Phimose. Nach Entfernung des Eiters, Reduction der Vorhaut und Entleerung eines Liters Urin gingen alle obigen bedrohlichen Hirnsymptome in wenigen Stunden zurück; es handelte sich also hier wohl nur um eine Reflexlähmung.

Strauscheid.

---

433) **R. Growbridge:** A case of brain tumor without characteristic symptoms. (The journal of nervous and mental disease. April 1891.)

Ein 50jähriger Mann war vor 13 Jahren nach einem schweren Typhus an Epilepsie erkrankt. Da er später öfters sehr erregt war, so musste er schliesslich in einer Irrenanstalt untergebracht werden, woselbst sein Zustand so weit sich besserte, dass er sich recht nützlich machen konnte. 1889 starb er nach wenigen Tagen an Dysenterie. Bei der Section fand man in der rechten Hirnhemisphäre den vorderen Theil des 3. gyr. temp.-sphen. von einer Cyste und einem wallnussgrossen Tumor eingenommen; der gyrus uncinatus war fast ganz zerstört durch eine Cyste. Das vordere Drittel des 2. gyr. temp.-sphen. war atrophisch und der hintere Theil von einer Cyste eingenommen. Das vordere Drittel des ersten gyr. temp.-sphen. war erweicht. In ähnlichen Fällen von anderen Autoren beobachtete man neben Epilepsie, Gehörs- oder Geruchs-Hallucinationen. Im vorliegenden Falle wurde keine derartige Störung wahrgenommen. Strauscheid.

---

434) **Knies** (Freiburg i. Br.): Ueber centrale Lähmungen äusserer Augenmuskeln. (Vortrag im Verein Freiburger Aerzte am 30. Jan. 1891.)

(Aerztl. Mittheil. aus Baden 1891, Nr. 9.)

Für die willkürliche Innervation der Augenmuskeln bestehen zwei getrennte corticale Centren:

1) die sog. „Sehsphäre“ für die willkürliche Bewegung des Augapfels, sowie für Convergenz und Accomodation, und
2) die bekannte Stelle in der sog. „motorischen Region“ für die Bewegungen der Augenlider.

Die von Schäfer, Munk, Obregia u. A. bei Reizung der Sehsphäre erhaltenen Augenbewegungen sind unter den Versuchsbedingungen allerdings keine willkürlichen. Die Auslösung dieser Bewegungen verläuft aber in den Bahnen, in denen physiologisch die willkürlichen Impulse zu den Bewegungen der Augen den Muskelkernen zugeleitet werden.

Alle von der Sehrinde aus ausgelösten willkürlichen Augenbewegungen sind conjugirte und laufen auf binoculäre Einstellung, auf ein im Gesichtsfeld erscheinendes Object hinaus. Je peripherer der Reiz im Gesichtsfelde auftritt, um so peripherer erregt er auch die Sehrinde und um so energischer ist auch der motorische Impuls.

Die Sehrinde jeder Seite beherrscht vorwiegend die willkürliche conjugirte Bewegung der Augen nach der entgegengesetzten Seite. Die Macula-Stellen beider Sehsphären sind das corticale Centrum für die willkürliche Convergenz und Accomodation auf ein gesehenes Object; auch kann von ihnen aus willkürliche Augenbewegung nach allen Richtungen innervirt werden.

In den Sehsphären besteht genau ebenso ein motorisches Projectionsfeld für die willkürlichen conjugirten Augenbewegungen, wie dies Munk für die im Gesichtsfeld auftauchenden bewussten Gesichtseindrücke angegeben hat (sensorisches Projectionsfeld). Aber auch andere Hirnrindentheile stehen wahrscheinlich in directer, wenn auch wenig ausgiebiger Faserverbindung mit den Augenmuskelkernen.

Da alle willkürlichen Augenbewegungen conjugirte sind, so sind auch alle corticalen Störungen derselben conjugirte. Die Störungen der conjugirten Bewegungen selber sind vorwiegend peri- und internucleär, können aber wahrscheinlich auch nucleär sein.

Die Lesestörung bei frischer rechtsseitiger Halbblindheit ist vorwiegend eine Bewegungsstörung.

Es muss eine „hemianopische Pupillen-Reaction“ ohne Hemianopsie geben, und zwar wird dies der Fall sein, wenn eine Läsion zwischen primären Opticusganglien und dem Kern für Lichtreaction der Pupille ihren Sitz hat, die Ganglienzellen beider aber unversehrt lässt.

Bei vermutheten Erkrankungen der Vierhügelgegend, Nuclearlähmungen der Augenmuskeln u. dergl. wäre also auch immer nach diesem wichtigen Localsymptom zu suchen.

Der Oculomotoriuskern einer Seite enthält die Kerne derjenigen Muskeln, die bei der conjugirten Bewegung beider Augen nach der gegenüberliegenden Seite betheiligt sind. Der centrale Kern Perlia's ist das nucleäre Centrum für Bewegung. Jede Sehsphäre steht vorwiegend in Verbindung mit dem gleichseitigen Kerne des Oculomortoius und Trochlearis, und mit dem gegenüberliegenden Abducenzkern. Mangelhafte Fusion tritt ein, wenn das nucleäre Convergenzcentrum von den Macula-Stellen der Sehsphäre ungleich oder ungenügend innervirt wird.

(Autorreferat.)

---

435) **R. Reynolds**: A contribution to the clinical history of Graves disease. (Ein Beitrag zur Klinik der Basedow'schen Krankheit.) Lancet 1890.

Der Verfasser hat 49 Fälle von Basedow'scher Krankheit beobachtet, — 48 davon an weiblichen Patienten, 1 an einem männlichen. Was das Alter betrifft, so waren von den Patienten 12 zwischen 10 und 20 Jahren, 15 zwischen 20 und 30, 10 zwischen 30 und 40, 7 zwischen 40 und 50 und 4 zwischen 50 und 60 Jahren. Von den Symptomen waren die im Gebiete des Gefässsystems am stärksten ausgesprochen. In fast allen Fällen begann die Krankheit mit Störung der Herzthätigkeit, wobei Herzklopfen, — subjectives sowie objectives —, in erster Linie stand; der Puls betrug 98 bis

160 Schläge in der Minute. In einigen Fällen waren die Herzschläge so stark, dass sie eine Erschütterung der ganzen Brust, ja des ganzen Körpers verursachten; häufig wurde auch Klopfen in den Arterien des Halses, der Schläfen, der Extremitäten, sowie in der Aorta abdominalis beobachtet. Oft leiden die Kranken an quälendem Ohrensausen, Schwindel u. s. w., wozu sich noch Uebelkeit, Erbrechen, Aufstossen und dergleichen gesellt. Die Auscultation ergab in vielen Fällen brausende Geräusche in Arterien und Venen. Exophthalmus bestand nur in 6 Fällen, und zwar in ganz verschiedenen Abstufungen; die in 43 Fällen angestellte Ophthalmoskopie ergab 40 mal Blässe des Augenhintergrundes und 3 mal Hyperämie desselben. Kropf war in fast allen Fällen vorhanden; jedoch war seine Grösse nicht immer beständig und stand in umgekehrtem Verhältniss zu den Schwankungen auf dem Gebiet der Blutcirculation. In allen Fällen bestand eine ganze Reihe nervöser Störungen, wohin zu rechnen sind: hysterische Symptome, besonders in der Form von Veränderungen des Charakters, dann in der psychischen Sphäre: tiefe Verstimmung, die oft geradezu in Melancholie, — abwechselnd mit besseren Stimmungen —, übergeht; in einigen Fällen bestand Launenhaftigkeit, Verlogenheit, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Hautparästhesien und an Manie streifende Aufregung. Häufig bestand „ideenflüchtiger Redefluss", der Patient kommt unvermittelt von einem Gedanken auf einen zweiten, dritten und vierten und knüpft daran seine Fragen an. In vielen Fällen bestand Kopfschmerz, Schwindelgefühl und eigenthümliche Störungen auf dem Gebiet der Sinnesorgane. In der motorischen Sphäre: Schlaganfälle, choreatische Bewegungen der unteren und oberen Extremitäten, eklamptiforme oder epileptiforme Krämpfe und Parese der Extremitäten.

Kurella.

---

436) **P. Milianitsch**: Slutschai Miksedemy. (Ein Fall von Myxödem.) — Mitgetheilt in Kowalewski's Archiv. — (Medziinsk. Obosr. 1891. Nr. 18.)

Der Verfasser hat einen Fall von Mixödem in Czernogor bei einer 47jährigen, erblich nicht belasteten Frau beobachtet. Die Krankheit begann vor etwa zehn Jahren infolge einer schweren Gemüthserschütterung. Die Patientin litt an niedergedrückter Gemüthsstimmung, Müdigkeit, Kältegefühl, Schwellung der Haut und Unbehilflichkeit der unteren Extremitäten. Schwellung des Gesichts und der Hände kam später hinzu. Nach 5 bis 6 Jahren war die Krankheit auf der vollen Höhe ihrer Entwicklung. Die Schwellung breitete sich über den ganzen Körper aus; auch die Zunge war geschwollen, und die Sprache infolge dessen verlangsamt und gehemmt, — die Stimme unhörbar. Auch bei der grössten Hitze klagte Patientin über Kältegefühl; ihre Temperatur betrug 35—36,5°; die Schilddrüse war nicht zu fühlen. Patientin klagt über Ameisenkribbeln auf dem ganzen Körper, sowie über Eingeschlafensein der Glieder, allgemeine Apathie und tiefgehende Veränderungen auf dem Gebiet der psychischen Sensibilität.

Kurella.

---

437) **Buzdygan** (Krakau): Myxoedema. (Zwei Fälle von Myxödem.) Przegląd lekarski 1891. Nr. 4—7.

Zwei Fälle von Myxödem mit den gewöhnlichen Erscheinungen, ohne nachweisbare Ursache. Im ersten Falle, dem einer Frau, war die Schild-

drüse vergrössert, im zweiten gar nicht auffindbar. Im ersten Fall blieb schon vier Jahre nach dem Beginn der Krankheit die Menstruation aus und der Uterus atrophirte. In beiden Fällen bestanden Parästhesien in umschriebenen Hautgebieten. In einem der Fälle war Mucin im Urin nachweisbar, in beiden fand sich Mucin im Magen nach Beendigung der Verdauung. Kurella.

---

438) **Piotrowski** (Lemberg): O dzialaniu fizyjologicznem i leczniczem elektryczności statycznéj. (Physiologische und therapeutische Wirkung der statischen Elektricität.) (Przegląd lekarski 1891. Nr. 8—13.)

P. sucht einen Theil der Wirkung der statischen Elektricität bei functionellen Störungen in der damit verbundenen Ozon-Entwicklung. Besonders gute Erfolge sah er bei Neuralgien, Migräne, Neurasthenie, Morb. Basedowii, bei letzterer besonders in der Form allgemeiner Franklinisation in Verbindung mit der Galvanisation. Nur vorübergehende, aber schnelle Resultate wurden bei Hysterie erzielt, keine bei Paralysis agitans und Epilepsie. Von Lähmungen zeigte besonders die frische Facialis-Lähmung günstige Beeinflussung. Sehr reiche historische Literatur-Angaben besonders über die Franklino-Therapie im 18. Jahrhundert vervollständigen die Arbeit. Kurella.

---

439) **Adamkiewicz** (Krakau): O ulecznéj formie „tabes“. (Ueber die heilbare Form der Tabes.) (Przegląd lekarski 1891. Nr. 6 und 7.)

In zwei Fällen, in denen sich tabetische Erscheinungen mit vorwiegender Paraplegie und Muskelschwäche in kürzester Zeit entwickelt hatten, trat nach viermonatlicher Behandlung mit Jodkali im ersten, mit Jodkali und energischer Schmierkur im zweiten Falle binnen 4 resp. $2\,1/2$ Monaten Heilung ein, die seit Mai 1888 bis jetzt noch besteht.

Gewisse Eigenthümlichkeiten der Fälle, vor allem das Hervortreten musculärer Erscheinungen, berechtigen zu einigen Zweifeln, ob hier wirklich Tabes und nicht etwa eine, besonders die unteren Extremitäten befallende Polyneuritis bestanden hat. Kurella.

---

440) **Söderbaum**: Ett fall af trepanatio cranii för hjärnsjukdom. (Ein Fall von trepanatio cranii bei Hirnerkrankung.)
(Upsala läkareforen. förh. Bd. XXVI. Nr. 1—2. 1890—1891.)

Ein elfjähriges Mädchen wurde wegen eines acut entstandenen Hirnleidens ins Lazareth zu Falu gebracht. Es bestand Hemiparesis sin. verbunden mit Convulsionen, Erbrechen, Fieber und Somnolenz. Bei der vorgenommenen trepanatio cranii — in der Gegend der rechten fiss. Rolandii fand man die dura gesund, die pia an einer kleinen Stelle trübe; hier wurden nun mit dem Tenotom mehrere Einstiche in die Hirnsubstanz gemacht, wobei Serum und Blut ausfloss. Das herausgenommene Knochenfragment wurde wieder an seine Stelle gebracht und heilte vollständig an. Nach der Operation verschwanden die allgemeinen Symptome, und die Parese wurde bedeutend besser. Verf. vermuthet das Vorhandensein einer kleineren Cyste.
P. D. Koch (Kopenhagen).

---

441) **Galippe**: De l'obsession dentaire. (Arch. de Neurologie 1891 Januar.)

I. Vermeintliche Ulceration der Zunge als neuropathologische Erscheinung.

Verf. hebt die Wichtigkeit dieser Erscheinung bei neuropathischen Individuen in Bezug auf die Behandlung hervor. Die Kranken bieten meist dasselbe Bild dar. Es sind neuropathische, zum Theil hypochondrische Individuen, sie klagen über Sensationen, Schmerzen in der Zunge, haben Angst, vom Zungenkrebs befallen zu sein, und lassen sich auch durch Belehrung von dieser Meinung nicht abbringen. Es werden kurz einige diesbezügliche Fälle mitgetheilt. Manchmal kommt es auch vor, dass die Hervorragung an der Oeffnung des Stenon'schen Kanals oder kleine Knochenauftreibungen an den Alveolen den Glauben erwecken, es läge ein Krebs vor.

II. Ueber Obsession dentaire.

Das Tragen künstlicher Zähne verursacht manchmal bei gewissen Individuen nervöse Störungen, indess tritt meist Gewöhnung ein. In manchen Fällen zeigen sich jedoch weitere Erscheinungen: eine Dame glaubte schliesslich vom Mund aus elektrisch beeinflusst zu werden und konnte die Zähne nicht mehr tragen, und bei einer Melancholischen fand man als Ursache der Krankheit das Tragen eines Gebisses. In späterer Zeit gewöhnte sich die Dame allmählich an dasselbe. Diese sowie drei weitere interessante Fälle, welche Verf. ausführlich mittheilt, hat er zusammen mit Charcot beobachtet.

1) Neuropathische 36jährige Dame, welche nie über ihre Zähne zu klagen hatte, geräth durch Kummer in Depressionszustand. Zufällig wurde ein cariöser Zahn entdeckt, bei dessen Obturation sie plötzlich einen heftigen Schmerz verspürte. Sie wurde schlaflos, dachte stets an ihre Zähne und ging wiederholt zu Zahnärzten, welche die nervöse Natur des Leidens nicht erkannten. Sie schonte schliesslich die Zähne und nahm nur Flüssiges zu sich. Später glaubte sie, die Stellung der Zähne und Kiefer habe sich verändert, und redete fortwährend nur von diesen ihren Leiden. Bei der Untersuchung fand sich objectiv nichts Besonderes in der Mundhöhle, dagegen behauptet Patientin, die Empfindung fehle ihr in den Lippen, der Mund sei trocken, sie habe eine Krankheit des Mundes und der Zähne und wolle örtlich behandelt werden. Trotz Belehrung über ihren Zustand wollte sie weiter alle Zahnärzte der Welt besuchen, drohte schliesslich mit Selbstmord, entfloh nach London, wurde dann internirt und besserte sich.

2) Amerikaner mit Neurasthenie bekam nach Extraction eines etwas cariösen Zahnes eine entzündliche Affection, nachher schmerzliche Affectionen in den gegenüberliegenden Zähnen. Dadurch entstand bei ihm die beunruhigende Meinung, dass er noch weitere Operationen durchmachen müsse und Schaden nehmen könne. Trotzdem viele Zahnärzte die Zähne für gesund erklärten, beschäftigte er sich fortwährend mit dem vermeintlichen Zahnleiden, las medicinische Bücher. Er hatte auch die Empfindung, als ob die Backzähne getrennt von einander ständen. Hydropathische, psychische Behandlung. Besserung.

III. Psychopathische, belastete Frau mit Depressionszustand bei Schwinden der körperlichen Reize. Sie beschäftigte sich dabei viel mit ihren etwas defecten Zähnen, liess sich viele Gebisse machen, lädirte dadurch die

Mundschleimhaut und musste, wenn sie ein Gebiss trug, die Kiefer fest aufeinander klemmen, sodass schliesslich Contractur eintrat und Patientin versuchte, durch Zwischenschieben von Gegenständen die Zahnreihen auseinander zu halten, was wiederum die Contractur vermehrte. Schliesslich war sie menschenscheu, meist sehr traurig, mit ihrem Leiden beschäftigt, zum Theil erregt. Bei dem blossen Gedanken an die Zähne trat eine Contraction der Kiefer ein. Nach Entfernung sämmtlicher eigenen Zähne und Einsetzung eines neuen Gebisses wurde es nicht anders und blieb so auch nach Entfernung des Gebisses. Selbstmordversuche, Internirung, keine Besserung. Die letzten Fälle illustriren, wie wichtig bei derartigen localisirten Klagen die Berücksichtigung des Allgemeinzustandes ist.

Bezüglich der Aethereinathmung und Cocaineinspritzung bei Zahnleiden meint Verf., dieselben müssten vielleicht auch als veranlassendes Moment für psychische Störung bei veranlagten Individuen angesehen werden.

Otto (Dalldorf).

---

442) **Charcot**: Grand tic convulsif; Coprolalie; Troubles psychiques concomitants. (Leçons du mardi à la Salpêtrière 1888—1889 pag. 13.)

Der Fall betrifft einen 39 Jahre alten Mann und reiht sich den von Gilles de la Tourette und Guinon beschriebenen an. Es bestand Tic im Gesicht und dem Gebiet des vierten und fünften Halsnerven. Beim Einsetzen der Zuckungen stiess Patient ein gemeines Wort aus, zeigte auch sonst psychische Eigenheiten, Zwangsgedanken und Handlungen. Ueber die Ursache der Krankheit, Heredität nichts bekannt.

Otto (Dalldorf).

---

443) **Chr. Keller**: Tre Tilfaelde af drövtyggende Mennesker. (Drei Fälle von wiederkauenden Menschen.) Beretnig om de Kellerske Aandssvage-Anstalter i. 1890. Kopenhagen 1891.

1) Johann Br., 31jährig, leidet an angeborner Idiotie höchsten Grades; Krämpfe hat er nie gehabt, seine Grösse und sein Aussehen sind die eines 12jährigen Kindes; die Zunge ist lang, hängt oft zum Munde heraus, ist furchenreich, von schwammiger Consistenz. Die Zähne sind ziemlich vorstehend und zeigen in ihrer Abnutzung deutliche Spuren der kauenden Seitenbewegungen. Br. ist sehr gefrässig, er schlingt die Speise hastig hinunter, und das Wiederkauen beginnt dann manchmal schon während der Mahlzeit, in der Regel aber erst nach Beendigung derselben. Er streckt den Hals aus, biegt den Kopf zurück, die Zunge kommt zum Munde hervor, man sieht regurgitirende Bewegungen längs des Halses und hört deutliche Ructus. „Der ganze Process ist augenscheinlich willkürlich und angenehm; das zufriedene Aussehen des Kranken, wenn er sich dieser seiner Lieblingsbeschäftigung den ganzen Tag von Mahlzeit zu Mahlzeit hingeben kann, ist ein deutlicher Beweis dafür; wird er dabei gestört, so ist er unzufrieden.“ In der Regel gleitet der Speisebrei leicht den Schlund in die Höhe, es kommt aber auch vor, namentlich in späterer Zeit, dass dies so hastig geschieht, dass die Masse zum Munde hervorquillt und ihn selbst und seine Umgebung überschüttet. Sowohl beim ersten, wie beim zweiten Kauen erinnern die Bewegungen in hohem Masse an die Seitenbewegungen kauender Kühe. Magenerweiterung konnte nicht nachgewiesen werden.

2) Peter H., 17jährig, seine Mutter imbecill, ebenso wie zwei seiner Schwestern; angeborene Blindheit; Idiotie höchsten Grades. Das einzige, womit H. sich beschäftigt, ist das Zerschroten von Holz, welches er mit unglaublicher Ausdauer mit den Nägeln zersplittert. Das Wiederkauen geht ruhiger vor sich als bei letztgenanntem Patienten, ohne Streckung des Halses und ohne hörbaren Ructus; der Speisebrei gleitet leicht in die Höhe, wird ohne seitliche Bewegungen kleingekaut und gleitet wieder leicht zurück. Befindet sich H. nicht wohl oder in veränderter Umgebung, so hört das Wiederkauen auf. Unter normalen Verhältnissen beginnt es eine Viertelstunde nach der Mahlzeit und dauert 3—4 Stunden, sowohl wenn er sitzt oder steht, als wenn er liegt.

3) Karen H., 14jährig, Schwester des Vorhergehenden; derselbe Grad von Idiotie, ebenfalls angeborene Blindheit (ebenso wie bei einer dritten geistesschwachen Schwester), sie ist periodisch unruhig, lärmend und libidinös gestimmt; im letzten Jahr epileptische Krämpfe. Sie hat in letzter Zeit aufgehört, wiederzukauen, was übrigens bei ihr ganz auf dieselbe Weise vor sich ging, wie bei ihrem Bruder, nur in geringerem Grade; oft begann sie erst mehrere Stunden nach der Mahlzeit wiederzukauen, oft kam es ganze Tage lang nicht dazu.

Der Gesundheitszustand aller drei Patienten war ein vorzüglicher.

P. D. Koch (Kopenhagen).

---

444) **Chr. Geill** (Aarhus): Dödsaarsagerne, — specielt Tuberkulosen paa Sindssygeanstalterne (Todesursachen, — speciell Tuberculose, — in Irrenanstalten). Hospitalstidende 1891, pag. 217 und 219.

In der Anstalt zu Aarhus starben in den Jahren 1870—89 486 Patienten, von denen 456 zur Section kamen; ferner waren in 9 Fällen von plötzlichem Tode, wo keine Obduction stattfand, die Todesursachen bekannt. In der Irrenanstalt Oringe starben in demselben Zeitraum 606 Patienten, wovon 413 zur Section kamen und ferner die Todesursachen in 17 Fällen bekannt waren. Für diese 465 + 430 Fälle theilt der Verf. eine Uebersicht über die gefundenen Todesursachen mit und sucht nachzuweisen, einen wie bedeutenden Einfluss die Geistesstörung auf das Eintreten des Todes gehabt hat.

Fügt man alle die Fälle, wo die Todesursache im Centralnervensystem und dessen Umgebung gefunden wurde, oder wo die daselbst gefundenen gröberen Veränderungen zwar nicht direct das Eintreten des Todes erklären konnten, wo aber jede andre plausible Todesursache ausgeschlossen war, — fügt man alle diese Fälle zu denjenigen hinzu, wo der Tod eine directe Folge der Geistesstörung war (Selbstmord, Unglücksfälle), so ergiebt sich, dass die Todesursache in Verbindung mit der bestehenden Geisteskrankheit steht:

| | | |
|---|---|---|
| für Aarhus | bei 36,21 % Männern<br>„ 30,86 % Frauen | zusammen in 34,19 % |
| für Oringe | bei 36,74 % Männern<br>„ 23,08 % Frauen | zusammen in 29,3 % |

Aber hierzu kommen nun noch eine Reihe von Todesursachen, wo der Einfluss der Geisteskrankheit unverkennbar ist, nämlich Lungenödem und

Decubitus sammt einer Reihe von Krankheiten der Verdauungsorgane und schliesslich Wundkrankheiten. Stellt man diese zusammen, so ergiebt sich

für Aarhus { 17,93 % Männer / 19,43 % Frauen } zusammen 18,5 %

für Oringe { 9,18 % Männer / 9,8 % Frauen } zusammen 9,54 %

Von den übrigen Fällen, wo eine directe Beziehung zwischen Todesursache und Geisteskrankheit nicht nachgewiesen werden kann (für Aarhus zusammen 47,31 %. — für Oringe 61,16 %), müssen nun noch diejenigen abgezählt werden, wo die Geistesstörung auf verschiedene Weise ihren Einfluss geltend macht, indem sie die Widerstandskraft der Patienten herabsetzt, oder auf andere Weise. Von diesen widmet der Verf. besonders der Tuberculose seine Aufmerksamkeit und constatirte sie als Todesursache:

in Aarhus { bei 15,17 % Männern / „ 20,00 % Frauen } zusammen 16,99 %

in Oringe { bei 30,1 % Männern / „ 43,16 % Frauen } zusammen 37,21 %

Für die Oringer Anstalt ist die Procentzahl also doppelt so gross, als für die Aarhuser, und zugleich zeigt es sich, dass während die Tuberculosesterblichkeit in Aarhus im Laufe der Jahre keine Steigerung erfahren hat, sie in der Oringer Anstalt einen stetigen bedeutenden Fortschritt zeigt (von 19,48 % zwischen 1870—74, bis zu 54,88 % zwischen 1885—89).

Zur Vergleichung wird angeführt, dass die Sterblichkeitsstatistik für die dänischen Handelsstädte eine Tuberculosesterblichkeit an 20,99 % Männern und 18,07 % Frauen, also zusammen 19,54 % nachweisst.

In anderen Anstalten schwanken die Angaben zwischen 12—60 %.

Koch (Kopenhagen).

---

445) Die Irrenanstalten in Dänemark. Jahresbericht 1889.

St. Hans-Hospital (für Stadt Copenhagen), Stationsstellen bei Aarhus, Vordingborg, Middelfart und Viborg.

St. Hans-Hospital und Middelfart-Anstalt sind getheilte A., die übrigen gemischte, Viborg-A. nur für unheilbare.

In St. Hans-Hospital war am Anfang 1889

| | Männer | Weiber | | |
|---|---|---|---|---|
| der Patientenbestand | 403 | 537 | = | 940 |
| Aufgenommen im Laufe des Jahres | 103 | 142 | = | 245 |
| Im Ganzen behandelt | 506 | 679 | = | 1185 |
| Abgang | 95 | 129 | = | 224 |

Krankheitsform der neu Aufgenommenen:

| | Männer | Weiber | | |
|---|---|---|---|---|
| Melancholie | 19 | 48 | = | 67 |
| Manie | 7 | 12 | = | 19 |
| Verrücktheit | 32 | 37 | = | 69 |
| Dementia | 39 | 39 | = | 78 |
| Idiotie | 6 | 6 | = | 12 |
| Von diesen litten an | | | | |
| Paralysis progressiva | 23 | 12 | = | 35 |
| Epilepsie | 4 | 3 | = | 7 |

Unter Krankheitsursachen sind notirt:

| | Männer | Weiber | | |
|---|---|---|---|---|
| Abusus spirituos. | 25 | 6 | = | 31 |
| Syphilis | 19 | 13 | = | 32 |
| Geheilt wurden | 20 | 39 | = | 59 |
| wesentlich gebessert | 29 | 55 | = | 84 |
| ungeheilt | 8 | 7 | = | 15 |
| es starben | 38 | 28 | = | 66 |

Krankheitsform der Genesenen:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Melancholie | 10 | 24 | = | 34 |
| Manie | 2 | 6 | = | 8 |
| Verrücktheit | 3 | 6 | = | 9 |
| Alcoholism. chron. | 5 | 3 | = | 8 |

Tuberculosis war in 13 Fällen Todesursache.

In der Irrenanstalt bei Aarhus war

| | Männer | Weiber | | |
|---|---|---|---|---|
| der Patientenbestand | 250 | 260 | = | 510 |
| aufgenommen | 83 | 88 | = | 171 |
| Im Ganzen behandelt | 333 | 348 | = | 681 |
| Abgang | 79 | 83 | = | 162 |

Krankheitsform der neu Aufgenommenen:

| | Männer | Weiber | | |
|---|---|---|---|---|
| Melancholie | 31 | 50 | = | 81 |
| Manie | 25 | 24 | = | 49 |
| Wahnsinn | 9 | 6 | = | 15 |
| Verrücktheit | 7 | 4 | = | 11 |
| Dementia | 10 | 4 | = | 14 |
| nicht irre befunden (Angekl. observat. causa zugeführt) | 1 | — | = | 1 |

Von diesen litten an

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Paralysis progressiva | 8 | 3 | = | 11 |
| Epilepsie | 3 | — | = | 3 |

Unter Krankheitsursachen sind notirt:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Abusus spirituos | 15 | 3 | = | 18 |
| Syphilis | 11 | 1 | = | 12 |
| Geheilt wurden | 27 | 39 | = | 66 |
| Gebessert | 17 | 14 | = | 31 |
| ungeheilt | 14 | 14 | = | 28 |
| todt | 20 | 16 | = | 36 |

Krankheitsform der Genesenen:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Melancholie | 12 | 20 | = | 32 |
| Manie | 15 | 19 | = | 34 |

Tuberculosis war in 7 Fällen Todesursache.

In der Irrenanstalt Oringe b. Vordingborg:

| | Männer | Weiber | | |
|---|---|---|---|---|
| der Patientenbestand | 238 | 215 | = | 453 |
| aufgenommen | 20 | 45 | = | 65 |
| im Ganzen behandelt | 258 | 280 | = | 518 |
| Abgang | 43 | 46 | = | 89 |

Krankheitsform der neu Aufgenommenen:

| | Männer | Weiber | | |
|---|---|---|---|---|
| Melancholie | 6 | 15 | = | 21 |
| Manie | 5 | 9 | = | 14 |
| Wahnsinn | 4 | 13 | = | 17 |
| Verrücktheit | — | 5 | = | 5 |
| Dementia | 3 | 2 | = | 5 |
| nicht irre befunden (Angekl. observat. causa) | 1 | 2 | = | 2 |
| Von diesen litten an | | | | |
| Paralysis progressiva | 3 | 1 | = | 4 |
| Epilepsie | 1 | 1 | = | 2 |
| Unter Krankheitsursachen sind notirt: | | | | |
| Abusus spirituos. | 3 | 2 | = | 5 |
| Syphilis | 3 | — | = | 3 |
| Geheilt wurden | 14 | 17 | = | 31 |
| Gebessert | 8 | 5 | = | 13 |
| ungeheilt | 11 | 8 | = | 19 |
| todt | 9 | 15 | = | 24 |
| Krankheitsform der Genesenen: | | | | |
| Melancholie | 7 | 8 | = | 15 |
| Manie | 6 | 6 | = | 12 |
| Wahnsinn | 1 | 3 | = | 4 |

Tuberculosis war in 10 Fällen Todesursache.

In der Irrenanstalt bei Middelfart war

| | Männer | Weiber | | |
|---|---|---|---|---|
| der Patientenbestand | 55 | 57 | = | 112 |
| aufgenommen | 158 | 184 | = | 342 |
| im Ganzen behandelt | 213 | 241 | = | 454 |
| Abgang | 48 | 55 | = | 103 |
| Krankheitsform der neu Aufgenommenen: | | | | |
| Melancholie | 32 | 55 | = | 87 |
| Manie | 26 | 30 | = | 56 |
| Verrücktheit | 12 | 17 | = | 29 |
| Dementia | 86 | 82 | = | 168 |
| Von diesen litten an | | | | |
| Paralysis progressiva | 11 | — | = | 11 |
| Epilepsie | 9 | 8 | = | 17 |
| Unter Krankheitsursachen sind notirt: | | | | |
| Abusus spirituos. | 24 | 4 | = | 28 |
| Syphilis | 11 | 1 | = | 12 |
| Geheilt wurden | 27 | 38 | = | 65 |
| Gebessert | 9 | 7 | = | 16 |
| ungeheilt | 3 | 4 | = | 7 |
| todt | 8 | 6 | = | 14 |
| Krankheitsform der Genesenen: | | | | |
| Melancholie | 13 | 13 | = | 26 |
| Manie | 14 | 25 | = | 39 |

In der Irrenanstalt in Viborg war

| | Männer | Weiber | | |
|---|---|---|---|---|
| der Patientenbestand . . . . . | 159 | 179 | = | 338 |
| aufgenommen . . . . . | 5 | 5 | = | 10 |
| im Ganzen behandelt . . . . . | 164 | 184 | = | 348 |
| todt . . . . . | 4 | 5 | = | 9 |
| Krankheitsform der neu Aufgenommenen: | | | | |
| Verrücktheit . . . . . | 3 | 1 | = | 4 |
| Dementia . . . . . | 2 | 4 | = | 6 |
| Von diesen litten an | | | | |
| Epilepsie . . . . . | 2 | 1 | = | 3 |

Tuberculosis war in 2 Fällen Todesursache.

F. Willerup.

---

446) **Willerup** (Oringe-Dänemark): Om Hyoscinets Virkningr og Anvendelse i Sindssygdomme. (Hospitalstidende IX, 16.)

Chloretum hyosc. per os gegeben in Dosis von 0,001—0,003 wurde versucht bei 47 Patienten, 15 Männern und 32 Frauen. Es waren dies alle chronische Psychosen mit grosser Agitation, Fälle, in welchen andere Narcotica sich ganz unwirksam bewiesen. Nicht selten gelang es, mit wenigen Dosen einen Anfall zu coupiren; bei Anderen wurde das Mittel Monate lang (bis $^1/_2$ Jahr) mit kurzen Unterbrechungen gegeben, verschaffte bis acht Stunden Ruhe, Tag sowohl als Nacht, so dass der Patient beschäftigt werden konnte oder mindestens nicht der Isolation bedarf — was durch Krankengeschichten illustrirt wird. Wenn die beruhigende Wirkung hervortretend war, waren die unangenehmen Nebenwirkungen (Schwindel, Schlundtrockenheit, übler Geschmack etc.) unbedeutend oder nur vorübergehend. Ganz unwirksam erwies es sich in $^1/_4$ der Fälle; bei einigen musste es wegen Schlundtrockenheit und daraus folgender Anorexie bald separirt werden, bei Anderen trat eine Gewöhnung ein, endlich war die Wirkung in zwei Fällen ganz conträr: zu enormer Pupillendilatation und beträchtlicher Pulsveränderung gesellte sich eine höchst ungewöhnliche Unruhe, Toben und Gewaltsamkeit. In der Hälfte der Fälle war die Wirkung dagegen sehr gut. — Trotz Inconstanz der Wirkung, der höchst verschiedenen Toleranz und der unangenehmen Nebenwirkungen kann man das Mittel in nicht wenigen Fällen mit sehr gutem Erfolge anwenden, besonders in periodisch auftretenden Erregungszuständen und regellos auftretendem „raptus“ alter Blödsinniger.

Autorreferat.

---

447) **Friis**: Om Chloralamid. (Hospitalstidende IX, 13.)

Das Mittel ist mit 1—2 Gramm in 413 Einzeldosen bei 47 Patienten, die meisten Formen der Geisteskrankheiten repräsentirend, gegeben; hat sich als Hypnoticum, ohne üble Nebenwirkungen, sehr anwendbar erwiesen, besonders bei Frauen (nur einmal unwirksam) einen schnell eintretenden und angenehmen Schlaf verschaffend. Bei Männern dagegen sehr unsicher.

F. Willerup.

---

448) Dr. **Anton Delbrück**: Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler. Eine Untersuchung über den allmählichen Uebergang eines normalen psychologischen Vorgangs in ein pathologisches Symptom; für Aerzte und Juristen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke 1891.

Ein in mehrfacher Hinsicht anregendes und interessantes Buch, dessen Studium hiermit warm empfohlen sei! Da in demselben eine Fülle wichtiger Fragen aus dem forensischen, psychologischen und psychiatrischen Gebiete zur Besprechung gelangen oder doch gestreift werden und da der Verf. durchweg einem selbstständigen Standpunkte Ausdruck giebt, so wird er naturgemäss auf eine volle Uebereinstimmung mit allen seinen Ausführungen kaum rechnen dürfen. Eine Erörterung strittiger Punkte würde jedoch die Grenzen eines Referats weit überschreiten, und eine einfache Inhaltsangabe des Buches erscheint bei der subjectiven Färbung mancher darin enthaltener Argumentationen schwer ausführbar.

Wir müssen uns deshalb an dieser Stelle auf eine kurze Skizzirung des wesentlichsten Gedankenganges beschränken. Der Verf. hebt hervor, welche Schwierigkeiten der forensischen Beurtheilung vieler Fälle, namentlich der Grenzfälle zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit, durch das Dogma von der absoluten Freiheit des menschlichen Willens erwachsen, welches die Grundlage für eine Reihe von Gesetzesbestimmungen geworden ist und wonach consequent Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit in schroffer Gegensätzlichkeit einander gegenüberstehen. Da der psychiatrische Gutachter nach dem Wortlaute der betreffenden Bestimmungen gezwungen ist, sich für das Eine oder für das Andere zu entscheiden, so wird er nicht selten seiner wissenschaftlichen Ueberzeugung Gewalt anthun müssen; er wird sich schliesslich zur Abgabe desjenigen Votums entschliessen, welches ihm im gegebenen Falle das geringere Uebel zu sein scheint, und ein zweiter Gutachter kann leicht bei im Wesentlichen gleicher Beurtheilung des Geisteszustandes des Exploraten zur entgegengesetzten Meinungsäusserung gelangen. Der Laie, speciell der Richter wird dann geneigt sein zu glauben, dass der Eine oder der Andere einen absoluten Fehler begangen hat, und die Psychiatrie läuft Gefahr, in Misscredit zu gerathen, während die Schuld in solchen Fällen zum grossen Theile an der unzweckmässigen Fragestellung der Gerichte liegt.

Aehnliche Erwägungen gelten bei der Beurtheilung der Frage, ob Simulation vorliegt oder Krankheit. Auch hier handelt es sich häufig nicht stricte um das Eine oder das Andere, sondern es giebt allerhand Uebergänge und Mischzustände.

Verf. schildert nun an einer Reihe von ausführlich mitgetheilten, hochinteressanten Krankheitsberichten, wie die einfache bewusste Lüge, der Irrthum, der Wahn, die Erinnerungsfälschung in allmählichem Uebergange und in verschiedenartigster Combination sich vorfinden können, und dass es Individuen giebt, welche, zumeist auf der Grundlage einer psychopathischen Constitution dahin gelangen, eine Fülle objectiv unwahrer, vulgo lügenhafter Geschichten zu produciren, ohne dass doch das eigentliche Kriterium der Lüge, sowie der Simulation, das volle Bewusstsein der Unwahrheit, bei ihnen zu jeder Zeit als vorhanden angenommen werden könnte. Verf. hält es deshalb mit Recht für nothwendig, einen unverfänglichen, nichts

präjudicirenden Terminus für dieses Symptom einzuführen und schlägt hierfür die sehr glücklich gewählte Bezeichnung: Pseudologia phantastica vor.

Bezüglich der Analyse dieses Symptomes und des demselben zu Grunde liegenden Geisteszustandes muss auf das Original verwiesen werden.

Clemens Neisser (Leubus).

---

449) **Sollier**: Psychologie de l'idiot et de l'imbécile. Paris, F. Alcan, 1891.

Das vorliegende Werk ist wohl das erste, in welchem die Psychologie des Idiotismus in zusammenhängender monographischer Weise bearbeitet wird.

Der Verfasser, dem die Forschung über idiotische Zustände schon mehrere werthvolle Arbeiten verdankt, betrachtet die Aufgabe, die er sich mit einer „Psychologie der Idiotie" gestellt, mit Recht als eine schwierige.

Schon die Definition der Idiotie ist nicht leicht: die hierher gehörigen Zustände bilden keine klinische Einheit, die einzelnen Abstufungen zeigen untereinander und zum normalen Verhalten fliessende Uebergänge. Sollier definirt so: „Idiotie ist eine chronische Affection des Gehirns, die sich in einer, oft bis zu völliger Aufhebung gehenden Störung der intellectuellen, sensibeln, motorischen Functionen äussert. Charakterisirt sind diese Störungen dadurch, dass sie im kindlichen Alter auftreten."

In Uebereinstimmung mit andern Autoren, welche bei der Einteilung der Idiotie wesentlich von psychologischen Principien ausgehen, unterscheidet S.:

1) Vollständige Idiotie.
2) Einfache Idiotie.
3) Schwachsinn.

Das eigentliche Wesen der psychischen Störung bei der Idiotie findet der Verf. in dem mangelhaften Verhalten der Aufmerksamkeit. Entsprechend den oben angeführten Abstufungen findet man bei Idioten:

1) völligen Mangel,
2) Schwäche,
3) Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit.

Mit vollem Recht verwirft S. die namentlich von Séguin vertretene Behauptung, dass das Wesen der Idiotie in einer Erkrankung des Willens liege, eine auch jetzt noch viel verbreitete Ansicht, die auf der falschen Auffassung beruht, dass der Wille ein unabhängiges seelisches Vermögen sei.

Da die sinnlichen Wahrnehmungen die erste Quelle der Aufmerksamkeit sind, wird das Verhalten derselben bei Idioten zunächst besprochen.

Die mangelhafte sinnliche Wahrnehmung und die defecte Anlage der recipirenden Centren macht sich bei der angeborenen Idiotie — und dies ist bei Weitem der häufigste Fall — schon in der ersten Lebenszeit geltend:

Reactionslosigkeit gegen äussere Eindrücke, mangelhafte Fixation mit den Augen, Ausbleiben des Lachens; in motorischer Hinsicht bald absolute Ruhe, bald unaufhörliche Beweglichkeit sind die ersten Symptome des schweren Defectes, welche der Umgebung aufzufallen pflegen.

Angeborene oder im ersten Lebensjahr erworbene Blindheit ist nach S. bei 7 bis 8 % der Idioten vorhanden. Bei den leichteren Formen des Schwachsinns treten Krankheiten des Sehorganes so ziemlich im gleichen Verhältniss auf, wie bei Gesunden. Farbenblindheit ist selten. — Das

schlechte Hören beruht in der Mehrzahl der Fälle auf schlechter centraler Perception und nicht auf Affectionen des Gehörapparates. Taubstummheit scheint sogar seltener zu sein, als bei nicht idioten Kindern.

Geruch- und Geschmackssinn sind sehr häufig schwach entwickelt oder pervers. Bei Besprechung des Tastsinns erwähnt S. die höchst eigenthümlichen Fälle, in denen die Patienten das Bedürfniss des „symmetrischen" Eindruckes zeigen. Berührt man beispielsweise einen derartigen Kranken am linken Arm, so betastet er sich sofort an der entsprechenden Stelle des rechten Arms; ein Idiot, dem ein Spaten sehr heftig aufs rechte Bein fiel, liess sich denselben sofort in der gleichen Weise aufs linke fallen.

Analog dem Verhalten anderer Geisteskranken ist die Thatsache, dass unter dem Eindruck febriler Temperatursteigerung die geistigen Fähigkeiten eine vorübergehende Hebung erfahren. Interessant ist — gleichsam als Gegenstück hierzu —, dass bei einem Idioten während der kalten Monate ein anhaltender soporartiger Zustand, eine Art Winterschlaf auftrat.

Für die motorischen Störungen ist charakteristisch, dass namentlich die Erlernung und Ausübung coordinirter Bewegungen bei Idioten und Schwachsinnigen mit grossen Schwierigkeiten verbunden ist.

Diesen sensibeln und motorischen Störungen ist bei Erziehung und Unterricht volle Beachtung zu schenken; es ist danach zu streben, dass die sinnlichen Wahrnehmungen correcter und präciser werden, um dadurch die Entwicklung centraler Wahrnehmungen, der Vorstellungen in richtiger Weise zu fördern.

In einem besonderen Capitel wird der in der Einleitung aufgestellte Grundsatz, dass das Verhalten der Aufmerksamkeit der wichtigste und genaueste Maassstab für die Beurtheilung der einzelnen Grade der Idiotie sei, in sehr hübscher Weise des Näheren ausgeführt und nachgewiesen, dass die Möglichkeit der Erziehung zu geordnetem Verhalten, zum Unterricht, die ganze sociale Stellung von dem Grad der Aufmerksamkeit abhänge.

Von den Instincten ist der am meisten entwickelte der Nahrungstrieb, dessen Befriedigung oder Nicht-Befriedigung auch bei tiefststehenden Idioten eine Aeusserung hervorruft.

Das Schlafbedürfniss ist bei den Idioten nach S. meist gesteigert, was mit den Erfahrungen des Ref., namentlich bezüglich der leichteren Formen nicht ganz übereinstimmt. Als völlig richtig muss ich dagegen anerkennen, was S. über die Geschlechtsempfindung der Idioten, namentlich über die Häufigkeit der perversen Sexualempfindung berichtet.

Dass der Nachahmungstrieb bei Idioten in besonderer „affenartiger Weise" entwickelt sei, bestreitet S. mit vollem Recht und führt als Beweise dagegen die Unfähigkeit und Unlust der Schwachsinnigen an, ordentlich zu spielen, ein besonders anamnestisch wichtiges Symptom.

Von Affecten ist beim tiefstehenden Idioten eigentlich nur hinsichtlich grobsinnlicher Bedürfnisse die Rede. Nicht ganz selten zeigen sich aber auch Spuren von Anhänglichkeit gegenüber dem Pflegepersonal.

Was die Gefühle der Pietät Eltern und Geschwistern gegenüber betrifft, so ist der Idiot — von den allertiefsten Formen natürlich abgesehen — besser entwickelt als der Imbecille, denn letzterer steht seiner Familie nicht nur indolent, sondern meist undankbar und brutal gegenüber.

Von eigentlicher Freundschaft kann weder bei Idioten noch bei Schwachsinnigen die Rede sein; letztere verbindeu sich höchstens zur Ausführung schlechter Streiche. Gefühl des Mitleides Thieren gegenüber fehlt dem

Idioten und dem Schwachsinnigen; ersterer quält aus Gedankenlosigkeit, letzterer aus Freude am Quälen.

Es werden dann noch die socialen Gefühle besprochen: Verhalten zur Arbeit, Gefühl von Pflicht und Recht, Sinn für Belohnung und Bestrafung. Religiöse Gefühle oder auch nur ein rohes Verständniss für die Begriffe des Ewigen und Absoluten finden sich primär weder beim Idioten noch beim Schwachsinnigen, und was ihnen durch Unterricht davon beigebracht wird, bleibt „lettre morte".

In allen ethischen Beziehungen fällt bei S. der Vergleich zwischen Idioten und Imbecillen sehr zu Ungunsten der letzteren aus, was der Verf. in dem Satz zusammenfasst: „Der Idiot ist ein ausserhalb der Gesellschaft stehendes, der Imbecille ein der Gesellschaft feindliches Wesen."

Von Unterabtheilungen der Idiotie, die sich natürlich aus der Betrachtung des ganzen Habitus ergeben, unterscheidet der Verf. den mikrocephalen, den hydrocephalen und den myxödematösen oder cretinösen Typus.

Einen durchgreifenden Unterschied auf den verschiedenen Stufen in der Richtung einer erethischen und torpiden Form erkennt der Verf. nicht an.

Ein besonderes und interessantes Capitel ist der Sprache gewidmet. Referent kann dem Verf. nur beistimmen, wenn er den Versuch zurückweist, auf Grund der Sprachstörungen eine Eintheilung der Idiotie zu begründen, da weder beim normalen Menschen noch beim Idioten die Sprache ein absoluter oder auch nur der wesentlichste Maassstab für die Intelligenz ist. Stets ist beim Idioten eine Verzögerung des Sprechenlernens vorhanden. Schon in den ersten Lauten, die beim Idioten in rauhem, keinen bestimmten Affect verrathenden Schreien bestehen, zeigt sich der grosse Unterschied von den ersten Lautäusserungen des normalen Kindes.

Auch das zweite Stadium in der Erlernung der Sprache, in welchem schon einigermassen articulirte Laute halb reflectorisch nachgeahmt werden, und welches unter normalen Verhältnissen im 8.—9. Lebensmonat beginnt, stellt sich beim Idioten viel später ein, und am schwersten erreicht letzterer die dritte Stufe, auf welcher sich bestimmte bewusste Vorstellungen mit bestimmten Worten verbinden.

Bezüglich der Sprachstörungen, wie sie bei den leichteren Fällen vorkommen, möge hier die mit den Erfahrungen des Referenten völlig übereinstimmende Bemerkung S.'s erwähnt werden, dass eigentliches Stottern bei Idioten und Schwachsinnigen geradezu selten ist. — In hohem Grade interessant sind die durch Tafeln illustrirten Ausführungen über das Lesen, Zeichnen und Schreiben der Idioten und Imbecillen.

Im achten Capitel wird das Verhalten der Intelligenz im eigentlichen Sinne besprochen nach dem Plane: Erwerbung, Erhaltung, Production von Vorstellungen. Im Einzelnen wird das Verhalten des Gedächtnisses, die Fähigkeit zu vergleichen, zu verallgemeinern, Bildung abstracter Ideen, Vorstellung von Zeit und Raum, Ideenassociation, das Vorkommen von fixen Ideen und Wahnvorstellungen, das Verhalten der Phantasie erörtert.

Auch dieses Capitel, das sich nach der Natur des behandelten Gegenstandes zu einer auszüglichen Darstellung nicht eignet, zeichnet sich durch klare psychologische Deductionen aus, begründet auf feiner und mannigfaltiger Einzelbeobachtung.

Gelegentlich der Erfassung concreter Dinge wird erwähnt, dass der Idiot eigentlich nur zwei Formen kenne: Kreis und Quadrat, von denen aus er

sich alle anderen zurechtlegt; bei den Mädchen ist es besonders die Farbe eines Gegenstandes, die ihre Aufmerksamkeit erregt, die Knaben zeigen mehr Sinn für die Form.

Beim Gedächtniss unterscheidet S. 3 Formen: das ererbte, organische, erworbene: durch Annahme eines ererbten Gedächtnisses glaubt S. das Auftreten einzelner besonderer Fähigkeiten bei Idioten erklären zu können. Wie z. B. ein Idiot ohne Weiteres trommeln konnte, als er erstmals eine Trommel sah: Grossvater, Vater und Bruder des Kranken waren Tambours gewesen.

Dass die bei Idioten und Imbecillen vorkommenden Wahnvorstellungen in ihrer grotesken, incohärenten Art vielfach an die Delirien der Paralytiker erinnern, ist eine durchaus zutreffende Wahrnehmung.

Im Schlussabschnitt wird der Wille besprochen. Eingehend und schlagend wird die Theorie Séguins widerlegt: dass eine Störung des Willens das Wesentliche und Primäre bei der Idiotie sei. Es ist dies um so wichtiger, als diese seguinsche Ansicht sehr weit verbreitet ist und praktisch zu vielfachen Missgriffen führt: „Der Idiot will nicht, weil er nicht wollen kann!“ Wohl lassen sich die einzelnen Etappen, die der sog. Wille in der Entwickelung der normalen Kinder durchläuft, auf den verschiedenen Stufen der Idiotie nachweisen. Bei den ganz tief stehenden Idioten fehlt jede Andeutung einer Willenshandlung. Das erste, zeitlebens oft einzige Motiv zu handeln ist für den Kranken dieser Kategorie das Nahrungsbedürfniss. Furcht oder Vergnügen kommen als Beweggründe zum Handeln erst auf einer höheren Stufe in Betracht. Noch langsamer als die Umsetzung eines Willensimpulses in Handlung, entwickelt sich die Fähigkeit, diese Umsetzung zu hemmen. Beim Idioten kann von dieser Fähigkeit kaum, beim Imbecillen nur in beschränktem Maasse die Rede sein.

Was die intellectuellen Motive betrifft, so unterscheidet S. ausgehend von Ribots Definition: „Wollen heisst wählen um zu handeln“ 3 Fälle: 1) der Impuls und in Folge dessen das Streben nach Handlung fehlt. 2) der Impuls ist so rasch und heftig, dass eine Wahl nicht möglich ist. 3) Der Wille ist schwankend, unbeständig, ohne Nachhaltigkeit.

Beim Idioten handelt es sich meist um den ersten, seltener den zweiten Fall. Beim Schwachsinnigen kommt besonders der dritte in Betracht.

Einigermassen im Zusammenhang mit diesem Verhalten steht die Thatsache, dass der Idiot in geringem, der Schwachsinnige in hohem Grade für Suggestion empfänglich ist und sich dadurch dem Hysterischen nähert.

Schliesslich werden die Hauptcharaktere und Unterschiede der Idioten und Schwachsinnigen kurz zusammengefasst: Der Idiot ist ein unvollständig — der Imbecille ein abnorm entwickeltes Individuum; der Idiot kann dauernde, gemüthliche Anhänglichkeit zeigen, der Imbecille ist Egoist; der Idiot ist furchtsam, der Schwachsinnige arrogant; Jener kann zur Arbeit erzogen werden, dieser bleibt ein unverbesserlicher Tagedieb; bei dem Einen ist das Denken schwach, bei dem andern falsch.

Es wird dann noch die Frage der Verantwortlichkeit besprochen: S. leugnet einen freien Willen für den normalen Menschen, um so mehr für den Idioten und Imbecillen: „Die Fiction des freien Willens ist nichts als die Unkenntniss der Motive, welche unser Handeln bestimmen.“

Daraus folgt aber nicht, dass die Gesellschaft nicht das Recht hat, sich gegen ihr feindliche Elemente — und hierzu gehört die Mehrzahl der Schwach-

sinnigen — in entsprechender Weise zu schützen. Bei den Idioten handelt es sich um eine Klasse hilfloser Individuen, welcher die Gesellschaft Schutz und Fürsorge angedeihen lassen muss.

Das vorliegende Referat, wenn es sich auch nur auf die wesentlichen Punkte beschränkte, mag doch darthun, in wie vielseitiger und erschöpfender Weise S.'s Werk das psychologische Leben der Idioten und Imbecillen behandelt. Fast in allen Beziehungen decken sich die Forschungen des Verfassers mit den Erfahrungen des Referenten, und nur einige mehr die allgemeinere Auffassung dieser Zustände, als einzelne Thatsachen und Beobachtungen betreffende etwas differente Ansichten mögen noch Erwähnung finden.

Die Trennung zwischen Idiotie und Imbecillität lässt sich unseres Erachtens nicht in der Schärfe durchführen, wie Verfasser dies thut; es ist gewiss nicht nur im Interesse einer äusserlichen Nomenclatur, wenn wir darauf bestehen müssen, dass der Name Idiotie als der alle derartigen Zustände umfassende gebraucht wird, unter denen der Schwachsinn, die Imbecillität nur eine Unterabtheilung darstellt. Auch möchten wir behufs weiterer Eintheilung den Begriff des anergetischen und erethischen Schwachsinns nicht ganz vermissen. Die vortrefflichen Ausführungen in S.'s Werk geben Beispiele genug für die fundamentale Bedeutung dieser Eintheilung. Das, was S. unter der Rubrik der Imbecillität schildert, würde im Ganzen der erethischen, das als Idiotie Bezeichnete der anergetischen Form entsprechen. Dies führt uns noch auf einen anderen Punkt. Wie oben erwähnt, theilt S. die hier in Betracht kommenden psychischen Krankheitsformen nach den verschiedenen Graden der Aufmerksamkeit ein. Obgleich nun diese Eintheilung namentlich vom praktisch pädagogischen Gesichtspunkt aus sicherlich zweckmässig ist, darf man doch nicht vergessen, dass dabei nicht auf eine elementare psychische Eigenschaft zurückgegangen ist. Das, was wir als Aufmerksamkeit bezeichnen, ist schon ein ziemlich complizirter psychischer Akt, es ist der präciseste Ausdruck dessen, was man als Willen bezeichnet, und so nähert S. sich factisch einigermassen dem von ihm verworfenen Standpunkt Séguins, welcher der Eintheilung der Idiotie die verschiedenen Stadien des Willensvermögens zu Grunde legt.

Gehen wir bei der Analyse der Störungen des complicirten psychischen Aktes, den man Aufmerksamkeit nennt, weiter zurück, so kommen wir eben auf die oben erwähnten fundamentalen Störungen im Vorstellen: mangelhafte Aufnahme von Eindrücken und in Folge dessen mangelhafte associative Verbindung derselben und relativ normale Aufnahme von Vorstellungen mit abnorm gesteigerten Associationsstörungen, die mit dem Namen der anergetischen und erethischen psychischen Schwäche bezeichnet werden.

Ferner möchte ich den Versuch, wie er z. B. in Schüle, Lehrbuch der Psychiatrie, durchgeführt ist, nicht, wie S. es thut, von der Hand weisen, den Versuch, die idiotischen Zustände in der Weise einzuteilen, dass man ihre einzelnen Stufen mit den Etappen normaler kindlicher Entwicklung in Parallele stellt. S. selbst bringt für die Berechtigung dieser Auffassung schlagende Beispiele, indem er z. B. die bei Idioten und Imbecillen vorkommenden Defecte des Willens resp. der Aufmerksamkeit, der Sprache etc. mit den einzelnen Stufen normaler Entwicklung in Analogie bringt. Diese Analogie findet namentlich auch in ethischer Hinsicht statt. Wie Lombroso namentlich in seiner genialen Weise ausgeführt hat, ist das ethische Verhalten des Kindes, namentlich auch in seinen altruistischen Beziehungen

ein sehr unentwickeltes und bietet manche Analogien zu der defecten Moral des Verbrechers. So kann es nicht Wunder nehmen, dass auch die Moral des Idioten und Imbecillen entsprechend der Stufe, auf welcher seine psychische Entwicklung überhaupt stehen geblieben ist, eine höchst defecte ist. Referent hat stets gegen das thörichte Gerede von „der gemüthlichen Tiefe", „dem tiefen religiösen Sinn" etc. des Idioten Front gemacht. Doch muss ich auf Grund meiner Erfahrung gestehen, dass ich S.'s Schilderung von dem traurigen ethischen Zustand der Schwachsinnigen, gerade der leichteren Formen, etwas zu trostlos finde. Möglicherweise liegt der Grund der Verschiedenheit in dem verschiedenen uns zu Gebote stehenden Krankenmaterial. Die aus den unteren Schichten einer Weltstadt stammenden Kranken mögen in der genannten Hinsicht noch ein traurigeres Bild geben als Idioten, die in ländlichen oder kleinstädtischen Verhältnissen aufgewachsen sind.

Der atavistischen Auffassung der vorliegenden Zustände gegenüber möchte sich Referent nicht so ablehnend verhalten wie Sollier.

Wenn nun auch in manchen theoretischen Fragen eine von der Auffassung des Verfassers differirende Ansicht möglich ist, so bleibt es doch ausser Frage, dass das vorliegende Werk die beste und vollständigste Monographie ist, die sich mit den idiotischen Zuständen beschäftigt. Nur ein Arzt, der die genauesten eigenen Erfahrungen über das Fühlen und Denken, das Leben und Treiben dieser Armen hat und jene streng wissenschaftlich zu sichten und zu verwerthen versteht, konnte ein solches Werk schreiben. Dieses Werk ist eines der hervorragendsten Producte der Bourneville'schen Schule, die sich um die Erforschung dieses vielfach als steril verschrieenen Gebietes so grosse Verdienste erworben und gezeigt hat, was in solchen Asylen geleistet werden kann, wenn sie in wissenschaftlichem Sinne von Aerzten geleitet werden! Wildermuth.

---

450) **D. Stephanowsky**: K woprossu o tschuwstwennom ubijstwie. (Zur Lehre vom Morde aus Lustgefühl.)

Kowalewsky's Archiv Psichiatrij 1890. XV, H. I. u. II.

Unter Lustmord versteht der Verfasser Grausamkeiten und Mordthaten, die als solche Ursache von intensiven Lustgefühlen nicht sexueller Natur werden, und die der Thäter zum Zweck der Erregung des Lustgefühls begeht. Die mit zahlreichen Literaturnachweisen belegte Studie behandelt somit ein Gebiet von Erscheinungen, die den von den Franzosen und von v. Krafft-Ebing als Sadismus beschriebenen Phänomenen nahe verwandt sind. S. schlägt vor, die von ihm behandelten Erscheinungen (zum Unterschied von „Lustmord" im Sinne von Sadismus) als Tyrannismus zu bezeichnen, und die damit behafteten Individuen als Tyrannisten. Das Vorkommen des Tyrannismus bei Kindern belegt S. mit Fällen Lombroso's, Bechterew's und Esquirol's, das Vorkommen bei Moral Insanity und Epilepsie mit Erzählungen von Tiberius, Caligula und dem Zaren Iwan Grosny; für den Alcoholismus führt er eine eigene Beobachtung an; Referent möchte auf Grund eigener Erfahrung betonen, dass der Alcoholismus doch wohl die meisten Fälle der von S. mit Tyrannismus bezeichneten Zustände liefert; allerdings ist der von S. nach eigener Beobachtung beschriebene Fall nicht ganz überzeugend, da in demselben die Eifersucht des chronischen Alkoholisten das Hauptmotiv

zu den von ihm jahrelang ausgeübten, und schliesslich zum Tode des Opfers führenden, raffinirten Quälereien seiner Frau abgab. Hier knüpft die Lust an Peinigung und Tödtung doch unmittelbar an das sexuelle Leben des „Tyrannisten“ an.

Auf Grund einer eingehenden Analyse kommt S. zu dem Resultat, dass der Tyrannismus zu den „episodischen Syndromen“ (Magnan) der Degeneration gehört, und zwar als eine Gruppe scharf abgegrenzter Charaktere. S. äussert dabei, diesen episodischen Syndromen lägen Zwangsideen und Impulsivität zu Grunde. Er geräth dadurch in Widerspruch mit einer einleitenden Bemerkung, in der er den „Tyrannismus“ auf's Strengste von den impulsiven Angriffs-Handlungen, Morden etc. Geisteskranker geschieden wissen will.

Es ist bedauerlich, dass S. seinen interessanten und an feinen Bemerkungen reichen Arbeiten nicht zum Zwecke schärferer Begriffsabgrenzung mehr Fälle eigener Beobachtung und vollständige Literatur-Nachweise gegeben hat. Der classischste von Hack Tuke im Journal of Mental Science (1885, October-Nummer) mitgetheilte Fall von Mordlust ist seiner Aufmerksamkeit entgangen. Die wesentlichste Bedeutung der vorliegenden umfangreichen Arbeit für die Theorie der Degeneration scheint dem Referenten darin zu liegen, dass dieselbe werthvolles Material bringt zur Beantwortung der Frage, in wie weit ganz bestimmte, positiv antisociale Triebe in Begleitung des moralischen Irreseins auftreten; diese Frage ist wesentlich für die Entscheidung darüber, ob der geborene Verbrecher im Sinne Lombroso's existirt. Kurella.

---

451) **Laśćenko** (Charkow): Basedowa bolesnj i alkogolny awtomatism. (Alkoholischer Trance-Zustand bei einem an Morb. Basedowii leidenden Degenerirten.) (Kowalewsky's Archiv XVII, 1. 1891.)

Ein erblich belasteter, seit mehreren Jahren an Morb. Basedowii, von Kindheit auf an nervösen Beschwerden verschiedenster Art leidender und im praktischen Leben unbrauchbarer russischer Edelmann geräth nach einer beim Wein verbrachten Nacht in Streit mit seinem Schwager, wird von diesem zu Boden geworfen, geprügelt und so im Stich gelassen, eilt nach Hause, irrt einige Stunden mit geladenem Revolver, den er sich geholt hat, umher, sucht am nächsten Morgen den Schwager auf dem Bahnhofe auf, erkundigt sich bei verschiedenen Personen nach ihm, wobei er einen sehr verwirrten Eindruck macht, und schiesst auf ihn, als er ihn plötzlich auf dem Perron trifft, streift ihn aber nur. Er fällt darauf um, kann weder gehen noch stehen, wird erst auf die Polizeiwache gebracht, von dort in Haft und hat hier eine Reihe epileptischer Anfälle mit Opisthotonus, Zuckungen am ganzen Körper und Schreien, Nachts traten Delirien mit Gesichtshallucinationen, Sehen grimassirender Köpfe, Schlangen, Spinnen auf. Es bestand eine absolute Amnesie für die Zeit von dem Augenblicke an, wo er von seinem Schwager geschlagen wurde, bis zu seiner Ueberführung aus der Haft nach Hause. Der Kranke war nicht Alkoholist.

L. macht darauf aufmerksam, dass im Zustande des alkoholischen Automatismus Ueberlegung und zweckmässige Ausführung sich verbunden zeigen können mit ganz unsinnigen Handlungen, und dass der davon Befallene weder Alkoholist, noch berauscht sein muss, vielmehr könne Automatismus sich auf dem Boden jeder Neurose entwickeln. Kurella.

---

452) **J. Roubinowitsch**: Isteria u muschtschyn i wyroschdenije. (Hysterie bei Männern und Degeneration.) (Paris 1890 u. Kowalewsky's Archiv XVII, 2.)

Der Verfasser hat bei der Beobachtung von hysterischen Männern (im ganzen 40 Fälle, 10 von ihm selbst und 30 von Dr. Magnan beobachtet) sehr häufig das Zusammentreffen von Hysterie mit Degeneration gefunden, und zieht daraus den Schluss, dass diese beiden Erscheinungen in engem Zusammenhang mit einander stehen müssen. Alle von R. beobachteten Individuen waren, nicht nur vom physischen, sondern besonders vom moralischen und intellectuellen Gesichtspunkt aus betrachtet, anomale Wesen. So zeigte z. B. der eine der Patienten Asymmetrie der Ohren und Unregelmässigkeiten des Gaumens. Von Jugend an war er geistesschwach, von schlechtem Charakter, verkehrter Geschmacksrichtung, und trieb sich als Landstreicher umher. Ein zweiter war von athletischer Figur und ungeheurer Körperkraft, mit colossalem Schädel, dabei sehr kleiner Stirn, vollständig flachem Gaumen; ausserdem verrieth dieser Patient eine äusserst heftige Neigung zu Mord und Selbstmord. — Diese Kranken scheinen, nach der Schilderung R.'s, bis zu einem gewissen Alter ganz gesund zu sein, höchstens zeigen sie ein seltsames, originelles Wesen, sind leicht zur Traurigkeit und Einsamkeit geneigt, — obgleich der moralische Niedergang auch in dieser Zeit schon zu erkennen ist —, bis sich endlich, nach traumatischen Einflüssen, alkoholischen oder sonstigen Excessen, sowie im Anschluss an acut fieberhafte Krankheiten, heftige seelische Erschütterungen und dergleichen — tiefgehende psychische Störungen einstellen. — So traten z. B. bei einem Patienten die ersten hysterischen Symptome nach einem Schlage mit der Heugabel in den Rücken auf, — bei einem anderen im Anschlusse an Alkoholexcesse. Ohne Zweifel, sagt R., kann eine grosse Anzahl dieser Individuen, die die Elemente einer pathologischen Constitution in sich tragen, leben und sterben, ohne schwere psychische oder Nervenstörungen zu verrathen, — sie können ihre erbliche Anlage sozusagen latent mit sich herumtragen, — was immer günstigen Erziehungsbedingungen oder einer entsprechenden ärztlichen Behandlung zu danken ist. Bei allen denjenigen nervös Belasteten jedoch, deren psychische und Nervenfunctionen schon von Kind an dermassen geschwächt sind, dass sie den geringsten Unannehmlichkeiten des Lebens keinen Widerstand zu bieten im Stande sind, — werden eben diese kleinen Widerwärtigkeiten mit Leichtigkeit psychische Störungen hervorrufen. Wenn daher ein Kind Neigung zu Erregungszuständen hat, so wird es später, — unter schädlichen Einflüssen, — an Agoraphobie oder Klaustrophobie erkranken; treten bei einem hysterischen Kinde die intellectuellen Anomalien in den Vordergrund, so wird sich im späteren Leben Wahnsinn oder Grübelsucht entwickeln; zeigt sich im jugendlichen Alter grosse Empfindlichkeit, so wird später Hypochondrie daraus werden, und nehmen beim Kinde reflectorisch-motorische Störungen die erste Reihe ein, so wird es im späteren Leben an Epilepsie, Hysterie oder dergleichen erkranken. — Es kommt nun vor, dass intellectuelle, sensorisch-sensible und reflectorisch-motorische Störungen bei ein und demselben Kinde auftreten — und dann zeigen sich auch beim Erwachsenen psychische und nervöse Störungen zu gleicher Zeit, und bei ein und demselben Individuum finden wir Hemianästhesie, Beschränkung des Gesichtsfeldes, Krampfanfälle, mit einem Wort: Hysterie, vereint mit folie du doute, mit Grübelsucht, mit Neigung

zu Mord und Selbstmord, mit Anomalien des sexuellen Gefühls, sowie mit allen möglichen organischen und moralischen Gebrechen und psychischen Anomalien. — Zum Schluss sagt der Verfasser, dass, während die Hysterie den grössten Theil des Krankheitsbildes ausmacht, deshalb die psychischen und physischen Degenerationszeichen nicht übersehen werden dürfen, da diese Zeichen prognostisch von sehr grosser Bedeutung sind, insofern sie auf die Pathogenese der Hysterie und ihre Prädisponirung zu psychischen Störungen hinweisen, die so eng mit hysterischen Anfällen zusammenhängen. Kurella.

---

# IV. Kleinere Mittheilungen.

453) **Forensisches aus England.** Das Uebergewicht des Advocaten- und Juristenelements im öffentlichen Leben Westeuropas bedingt eine Stellung des ärztlichen Sachverständigen vor Gericht, um die wir die französischen und englischen Collegen nicht zu beneiden haben. Wir wollen zur Illustrirung dieser Verhältnisse einige Thatsachen mittheilen, die wir einigen von unserem verehrten Mitherausgeber Dr. Ireland übersandten Zeitungen entnehmen.

In dem Processe Russel contra Murray handelt es sich um ein Testament, in dem ein Melancholicus ein oder zwei Stunden vor seinem Selbstmorde über sein etwa 100000 Mark betragendes Vermögen verfügt, von dem er ein Drittel verschämten Armen seines Wohnorts vermacht, den Rest zwei weiblichen Seitenverwandten, während andere Intestaterben leer ausgingen.

Das Gericht bestätigte das Urtheil erster Instanz, welches das Testament für gültig erklärte. Die Zeugen wiesen nach, dass der Selbstmörder längere Zeit vor seinem Tode menschenscheu und deprimirt gewesen sei, der Richter betonte aber, dass die Existenz von Wahnideen („insane delusions“) nicht nachgewiesen wäre; das Gericht hätte keinen Grund zu der Annahme, dass derselbe bei seinem Selbstmorde oder einige Stunden vorher geisteskrank gewesen wäre. „Selbst wenn der Verstorbene an Wahnideen gelitten hat, fehlt der Nachweis des Zusammenhangs zwischen diesen und der Handlung, durch welche er über sein Vermögen verfügte.“ — Ein Sachverständiger wurde nicht befragt.

In dem Falle der Frau Cathcart, der seit längerer Zeit die Oeffentlichkeit bebeschäftigt, erklärte die Jury die an hallucinatorischer Verrücktheit leidende Kranke für nicht geisteskrank. Zahlreiche Aerzte, darunter Blandford, Savage, Playfair wiesen die Geistesstörung, die sich wesentlich in politisch gefärbten Grössen- und Beeinträchtigungsvorstellungen aussprach, eingehend nach. Ganz besonders glaubte die Kranke sich von der conservativen Partei und dem Minister des Inneren verfolgt. Verschiedene Zeugen aber waren anderer Meinung, als die Aerzte.

Die Patientin, die 80000 Mark jährliche Einnahmen bezog, war von ihrem 10 Jahre jüngeren Manne, der von Hause aus ohne Vermögen war, längere Zeit in eine Privatanstalt untergebracht worden.

Der Standard sagt über das Verdict, die Jury wäre wohl zu ganz anderen Schlüssen gekommen, wenn nicht der Mann der Patientin arm und sie selbst sehr reich wäre. Kurella.

454) **Morbus Basedowii und Koprostase.** Federn erwähnt bei Besprechung der Pathologie der partiellen Insufficienz des Colon, dass diese Störung neben vielen anderen Folgeerscheinungen auch zahlreiche nervöse Störungen und ganz besonders Morb. Basedowii herbeiführen könne, sicher wenigstens wäre sie eine häufige Complication des letzteren, und nimmt an, dass die in dem Darminhalt entwickelten Ptomaïne von der Schilddrüse nicht mehr verarbeitet werden und die nervösen Erscheinungen der Morbus Basedowii auf toxischem Wege hervorrufen.
Kurella.

455) **Zwei Fälle von chirurgischen Eingriffen bei morbus Basedowii** berichtet Lemke (Wr. med. Presse 1891 Nr. 15). Im ersten Fall musste wegen hochgradigem Asthma ein Luftröhrenschnitt gemacht werden, und bald darauf wurde die Entfernung der linken Schilddrüse ausgeführt, worauf in kurzer Zeit alle — vor der Operation sehr intensiven — Krankheitssymptome verschwanden oder sich doch so weit besserten, dass der Patient seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Im zweiten Falle wurde bei einem 47jährigen Manne mit hochgradigem morbus Basedowii die rechte Schilddrüse entfernt, und schon zwei Tage darauf bemerkte man eine Verringerung des Exophthalmus, sowie eine so bedeutende Abnahme aller übrigen Symptome, dass Patient die Klinik verlassen konnte. Gegenwärtig, — 6 Monate nach der Operation — ist von allen Krankheitssymptomen nur eine leichte Reizbarkeit und Unruhe zurückgeblieben. Kurella.

456) **Ueber die Therapie von Psychosen auf luetischer Basis** äussert sich Konrad (Vierteljahrsschrift für Dermatol. u. Syphil.) dahin, dass eine Indication zu antiluetischer Behandlung gegeben sei durch das Vorhandensein von objectiven Zeichen der Lues, und durch das plötzliche Auftreten von Hirnerscheinungen bei früher syphilitischen Personen. K. berichtet einen Fall völliger Heilung einer mit Facialisparese und Lähmung des rechten Beins verbundenen acuten Psychose durch eine Schmierkur. Kurella.

457) **Dermatoneurosen im Verlauf der Influenza** beschreibt Schwimmer (Wiener med. Wochenschr. 1890. Nr. 39) und zwar in Form von Herpes, Erythem, Urticaria, am häufigsten aber als Erythema exsudaticum multiforme. Andere Autoren sahen Psoriasis und Purpura haemorrhagica auftreten. S. betont die Aehnlichkeit dieser Erscheinungen mit Arznei-Exanthemen. Ref. hat ähnliche Exantheme und gerade Purpura auch gesehen, aber bei Influenzakranken, die Antipyrin nahmen, und in grösseren Städten wird wohl kein Influenzakranker verfehlt haben, sich dies beliebte Hausmittel selbst zu verordnen. Kurella.

458) **Bromäthylen gegen Epilepsie.**

Donath (Wiener Medic. Presse 1891. Nr. 15) empfiehlt die Anwendung dieses Mittels, indem er von der Ansicht ausgeht, dass die organischen Bromverbindungen, — die leicht vom Organismus aufgenommen werden, — eine stärkere Wirkung haben als das Bromkali. Das Aethylen. bromat. ist eine braune Flüssigkeit, von süsslichem, ein wenig brennendem Geschmack, chloroformähnlichem Geruch, und bildet, in Verbindung mit fetten Oelen eine durchsichtige Flüssigkeit, während es in Wasser nicht löslich ist; aus diesem Grunde wird es in einer 5%igen Oelemul-

sion verabreicht, und zwar fängt man bei Erwachsenen mit 2—3 mal täglich 30 Tropfen an und steigt allmählich auf 70. Bei 8—10jährigen Kindern beginnt man mit 11—20 Tropfen, wobei es zu empfehlen ist, die Emulsion mit Wasser oder Milch zu verdünnen, um schädliche Wirkungen auf die Magenschleimhaut zu vermeiden; bei Personen mit schwachem Magen setzt man 0,1—0,2 Extr. opii aquosi zu. Verf. hat das Mittel bei 21 Epileptikern angewendet und beobachtet, dass unter seinem Einfluss die Anfälle kürzer, seltener und leichter werden, und dass in einigen Fällen die Schwäche nach dem Anfall bedeutend geringer war als früher. Eine vergleichende Gegenüberstellung der Wirkungen des aeth. bromat. und der des Bromkali hält Verf. bis jetzt noch nicht für angezeigt, immerhin ist das Mittel auch schon bei den heutigen Erfahrungen für alle diejenigen Fälle empfehlenswerth, wo das Bromkali unangenehme Nebenwirkungen hat, oder wo eine Gewöhnung an dasselbe eintritt, und man deshalb mit seiner Verabreichung aussetzen muss.

---

Paul Chéron: De l'acromégalie. Union médicale 1891, Nr. 3 u. 4.

459) Eine flüssige Zusammenstellung aller Beobachtungen über die Acromegalie wie die des Verfassers ist kein Gegenstand für ein Referat. Man müsste eine genaue Uebersetzung liefern. Es genügt darauf hinzuweisen.

Rohden (Oeynhausen).

---

# V. Aus Vereins- und Gesellschafts-Verhandlungen.

## Société de dermatologie et de syphiligraphie.

Union médicale 1891, Nr. 4.

460) Fournier und Dieulafoy berichten einen Fall schnell geheilter acuter Tabes.

Der Kranke, 36 Jahre alt, acquirirte 1879 Tabes, deren Symptome sich lange hinzogen. December 1889 Schmerzen in der Lendengegend und in den Unterextremitäten. Januar 1890 blitzartige Schmerzen, Abnahme der Potenz, Sensibilitätsstörungen und Gehschwäche. Mangel des Patellarreflexes, linksseitige Ptosis, Parese der Blase. Der Gang wurde unmöglich. Einreibungen von 6 gr. Unguent. cincr. täglich fünf Minuten, dazu 6—8 gr. Jodkalium, Moxen auf die Wirbelsäule und laue Bäder brachten schnelle Besserung, sodass Patient im März geheilt war.

Mauriac erzählt einen ähnlichen Fall, der jedoch nur einen Fall von Lues des centralen Nervensystems darstellt. Rohden (Oeynhausen).

### Société médicale des hôpitaux.

Sitzung vom 9. Januar. Union médicale 1891, Nr. 7.

461) Talamon beschreibt unter dem Namen Epilepsie cardiaque et tachycardie paroxystique eine Tachycardie, die einem anderthalb Monate andauernden furibunden Delirium folgte. Ursache soll ein Fall auf den Kopf gewesen sein. Die Anfälle traten mit plötzlichem Kopfschmerz und einem Angstgefühl auf bei einem 53jährigen Mann und schlossen mit einer wunderlichen Sensation im Kopf ab. T. meint partielle Epilepsie Tronsseau's, die man auch als locale Epilepsie bezeichnen könne, vor sich zu haben. Huchard bestreitet den epileptischen Ursprung. Tachycardie käme bei älteren Individuen, Epilepsie bei jüngeren vor. Mindestens wäre eine solche sehr selten. Auch die angina pectoris epileptischen Ursprungs verdankt ihre Existenz diagnostischen Irrthümern.

462) Ballet theilt einen neuen Fall hysterischer Facialisparalyse mit. Diese ist immer unvollständig und wechselnd, aber oft sehr lange andauernd.

Charcot hätte die anderen Fälle Ballet's als hysterischer Natur anerkannt.

Reuder meint, Anästhesie derselben Seite, vor kurzer Zeit vorgeführt, sei eine Begleiterscheinung der Paralyse. Dem widerspricht Ballet.

Rohden (Oeynhausen).

---

# VI. Tagesgeschichte.

— **Psychiatrische Inspection der Strafanstalten in Belgien.**

Wir erhalten nach Schluss der Redaction dieses Heftes ein Schreiben unsres hochverehrten Mitarbeiters J. Morel in Gent, das wir mit seiner Anlage hier zum Abdruck bringen, unter dem Vorbehalt, in der nächsten Nummer ausführlicher auf diese Institution einzugehen.

Monsieur et très Honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous présenter ci-inclus un imprimé relatant l'organisation d'un service de médecine mentale dans les prisons belges. Depuis que ce Service fonctionne, on a déjà découvert bon nombre d'aliénés dans nos prisons.

C'est afin de coopérer à la divulgation de cette idée, à l'organisation d'un pareil service dans les prisons de tous les autres pays que je viens vous demander de bien vouloir en faire mention dans votre „Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie“ avec prière de bien vouloir donner votre opinion sur cette question. Je suis convaincu que vous rendriez ainsi un énorme service au monde civilisé et spécialement aux psychiâtres.

Si vous consentez à donner suite à ma proposition, vous obligeriez encore les psychiâtres en mentionnant dans votre article quelques mots sur la nécessité absolue

de créer un asile spécial pour les aliénés criminels. En agissant vous rendriez ainsi à de meilleures idées certains hommes, fussent-ils même membres d'un Parlement qui croient encore que tout homme est perfectible, que tout criminel est susceptible d'amendement, en un mot qui ne croient pas à la dégénérescence chez certains individus. Jul. Morel.

**Réglement du service de médecine mentale.**

Le Ministre de la Justice,

Vu l'arrêté royal en date du 30 mars 1891, instituant un service de médecine mentale dans les prisons,

Arrête:

Article 1er. — Les établissements pénitentiaires sont répartis, au point de vue du service de médecine mentale, en trois circonscriptions. Ces circonscriptions comprennent:

*La première*, les prisons de Gand (centrale et secondaire), Termonde, Audenarde, Bruges, Courtrai, Furnes, Ypres, Anvers, Malines et Turnhout;

*la seconde*, les prisons de Louvain (centrale et secondaire), Liège, Verviers, Huy, Arlon, Marche, Neufchâteau, Tongres et Hasselt;

*la troisième*, les prisons de Bruxelles, St-Gilles, Nivelles, Mons, Charleroi, Tournai, Namur et Dinant.

Article 2. — Le service de médecine mentale est assuré, dans chacune de ces circonscriptions, par un médecin aliéniste.

En cas d'absence ou d'empêchement d'un médecin aliéniste, l'administration centrale désigne, pour le remplacer, le médecin aliéniste d'une autre circonscription.

Les médecins aliénistes préviennent l'administration centrale chaque fois que leur absence ou leur empêchement doit se prolonger au delà de huit jours.

Article 3. — Le médecin aliéniste dès qu'il sera adverti par le directeur d'un établissement pénitentiaire placé dans sa circonscription, que la conduite d'un détenu présente quelque anomalie qui donne lieu de suspecter son état mental, procèdera sans délai à une exploration du détenu signalé et en fera rapport à l'administration centrale.

S'il constate l'aliénation mentale du détenu, il délivrera immédiatement au directeur de l'établissement le certificat prévu à l'article 8, § 2 de la loi des 18 juin 1850 et 21 décembre 1873 sur les aliénés.

Article 4. — Les médecins aliénistes procèderont, en outre, dans leurs circonscriptions respectives, à des vérifications médicales relatives à l'état mental des détenus, chaque fois qu'ils en seront requis par l'administration centrale.

Ils consigneront le résultat de leur examen dans un rapport qu'ils adresseront à l'administration et, le cas échéant, délivreront un certificat d'aliénation mentale ainsi qu'il est dit à l'article 3, § 3 ci-dessus.

Article 5. — Les médecins aliénistes pourront prendre connaissance du dossier de l'écrou de chacun des détenus soumis à leur examen; le personnel de la prison leur fournira, concernant ces mêmes détenus, tous les renseignements qu'ils jugeraient utiles à l'accomplissement de leurs fonctions.

Ils obtiendront communication, lorsqu'ils en feront la demande à l'administration centrale, des dossiers judiciaires des détenus soumis à l'examen.

Article 6. — Les médecins aliénistes exercent leurs fonctions sous l'autorité du Ministre. Les dispositions des instructions en vigueur, relatives aux communi-

cations à faire par les médecins des prisons à l'inspecteur général du service de santé ne leur sont point applicables.

Bruxelles, le 25 mai 1891. Jules Le Jeune.

Ont été désignés pour remplir ces fonctions:

Dans la première circonscription, M. Morel, médecin en chef de l'Hospice Guislain, à Gand.

Dans la seconde circonscription, M. Masoin, professeur à l'Université de Louvain.

Dans la troisième circonscription, M. Semal, médecin-directeur de l'asile des aliénées, à Mons.

— **Die 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte** findet vom 21. bis 25. September in Halle a. S. statt. Die Sitzungen der Abtheilungen werden in den Hörsälen des Universitätsgebäudes und der Universitätsinstitute stattfinden. Eine Ausstellung wird diesmal nicht stattfinden. Ueber die neurologisch-psychiatrische Abtheilung entnehmen wir dem Programm folgende Mittheilung.

*Neurologie und Psychiatrie.* (Psychiatrische und Nervenklinik, Mühlrain 7.)

Einführender Vorsitzender: Geh. Rath Prof. Dr. Hitzig, Wilhelmstrasse 31.

Schriftführer: Dr. med. Buchholz. Prov.-Irren-Anstalt, Nietleben b. Halle a. S.

Angemeldete Vorträge:

1) Prof. Dr. Jolly (Berlin): Casnistische Mittheilungen.
2) Privat-Docent Dr. v. Monakow (Zürich): Ueber die secundären Degenerationen im Thalamus opticus des Menschen.
3) Prof. Dr. Flechsig (Leipzig): Ueber die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis.
4) Prof. Dr. Mendel (Berlin): Zur pathologischen Anatomie der Basedow'schen Krankheit.
5) Privat-Docent Dr. Siemerling (Berlin): Neue Beiträge zur Ophthalmoplegia chronica progressiva.
6) Medicinalrath Prof. Dr. Wernicke (Breslau): Anatomische Demonstrationen mit dem Projectionsapparat.
7) Privat-Docent Dr. Oppenheim (Berlin): Allgemeines und Specielles über die toxischen Erkrankungen des Nervensystems.
8) Prof. Dr. Binswanger (Jena): Demonstrationen zur pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse.
9) Privat-Docent Dr. Moeli und Dr. Marinesco (Berlin): Ueber Syphilis des Nervensystems.
10) Dr. Bruns (Hannover): Ueber Störungen des Gleichgewichts bei Stirnhirntumoren.
11) Dir. Dr. Sioli (Frankfurt a. M.): Ueber einen Fall von Rindenblindheit mit Ausfallserscheinungen im Tastsinn.
12) Privat-Docent Dr. Ziehen (Jena): Ueber Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia.
13) Sanit.-Rath Dr. Fries (Prov.-Irren-Anstalt Nietleben bei Halle a. S.): a) Hysterohypnotische Zustände nach Trauma; b) Demonstration varicöser Entartung der Piagefässe mit Usur am Schädeldach von einem Epileptiker.
14) Dr. Buchholz (Prov.-Irr.-Anst. Nietleben bei Halle a. S.): Demonstration mikroskopischer Präpärate.
15) Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Hitzig (Halle a. S.): Demonstrationen.

Am Dienstag werden die Vorträge gehalten, zu denen der Projectionsapparat benutzt wird. Am Donnerstag, den 24. September wird die Sitzung der Abtheilung auf Grund einer freundlichen Einladung des Herrn Director, Sanitätsrath Dr. Fries, in der Provincial-Irren-Anstalt bei Halle stattfinden.

Auch in den Abtheilungen für Anthropologie, Physiologie und allgemeine Pathologie werden Vorträge gehalten werden, die neurologisch interessant sind, so von Welcker, Grützner, Ewald-Strassburg, Chiari, Gerdes u. A.

---

## Redactionelles.

Herr Dr. Delprat in Amsterdam ersucht uns um Aufnahme folgenden Zusatzes zu dem Referat Nr. 317 (p. 200) über seine Darstellung eines Falles von Facialis-Parese, bezüglich der faradischen Verhältnisse, die im Referat, in Folge eines verwirrenden Druckfehlers im Original, nicht berücksichtigt wurden!

„Interessant war, dass der Stamm des Nerv. facialis der am wenigsten afficirten rechten Gesichtshälfte, elektrisch viel schwerer vom mot. Punkte am Foramen stylomastoideum erregbar war, wie der am stärksten afficirte linke Nerv. facialis, während die Zweige des rechten Nerv. facialis dieselbe elektrische Erregbarkeit zeigten wie der Stamm des linken Nerv. facialis — dieselbe auch wie die NN. ulnares und peronei der beiden Seiten. Beim Lachen war der Unterschied zwischen der linken und rechten Nasolabialfalte sehr deutlich im Nachtheil der linken Falte; beim gleichzeitigen Faradisiren der beiden Nerv. facialis mittels Doppelelektrode (also mit gleich starkem Strom) vom mot. Punkte aus, war die linke Nasolabialfalte sehr viel stärker ausgeprägt wie die rechte. An den beigegebenen Photographien beim Lachen und beim doppelseitigen Faradisiren aufgenommen, sieht man, wie beide Photographien fast die Spiegelbilder von einander sind. D. suchte die Erklärung dieser Thatsache in einem abnormen Verlauf des Stammes des rechten Nerv. facialis.“

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 September.** Neue Folge II. Band.


## I. Originalien.

### Die Rolle der Suggestion im wachen Zustande, vom forensischen Standpunkte aus beleuchtet.


Von J. van DEVENTER in Amsterdam.

Deutsch durch die Redaction.


Es ist noch immer eine offene Frage, welche Bedeutung man vom forensischen Standpunkt aus der Hypnose, oder besser gesagt der Suggestion zuschreiben soll, d. h. in wie weit es möglich ist, Jemandem das Begehen irgend einer Strafthat, die mit seiner ganzen Persönlichkeit im Widerspruch steht, zu suggeriren. Thatsache ist, dass viele in der Literatur mitgetheilte, hierauf bezügliche Fälle nicht vor der Kritik bestehen können, und dass ebenso auf die in dieser Hinsicht angestellten Experimente, die sogenannten „prouves de laboratoire", bei denen Scheinverbrechen ausgeführt werden, kein allzugrosses Gewicht zu legen ist. Es ist zu bedauern, dass Männer, wie Bernheim und Liégeois, die mit Liébault und Beaunis die Schule von Nancy gegründet haben und denen die Wissenschaft so viel verdankt, — dass diese Männer sich dazu verleiten lassen, die im Uebrigen so zutreffende Lehre dieser Schule in Misscredit zu bringen.

Eine noch in ihrer Entwicklung stehende Theorie, wie die der Suggestion, muss doch vor Allem feststehende Thatsachen zum Ausgangs- und Stützpunkt haben. Sie darf nicht, ausgehend von vorgefassten Meinungen und Theorien, mysteriöse Tragödien der strafrechtlichen Praxis zu erklären versuchen. So muss es z. B. das Vertrauen in die Vertreter der Suggestionstheorie bedeutend erschüttern, wenn sie, ohne genügend annehmbare Gründe, behaupten, dass „Troppmann vielleicht das unzurechnungsfähige Opfer einer Autosuggestion gewesen ist". Dasselbe gilt von der Art, wie die

Vertreter der Suggestionstheorie den Fall Gabrielle Bompard zu erklären gesucht haben.

Indessen sind aus der Literatur vollkommen sicher beglaubigte Fälle bekannt, in denen der Hypnotisirte gegen seinen Willen Handlungen begeht, z. B. stuprum, wobei das Opfer seinem Peiniger folgte, als ob sie seine Frau wäre. Doch nicht bloss Fälle von, Kürze halber, sogenannter Schlafsuggestion, sondern auch solche von Wachsuggestion kommen häufig vor. Unter gewissen Umständen kann die Suggestibilität im wachen Zustande eben so stark sein, und können dieselben Erscheinungen beobachtet werden wie im schlafenden. Neben der Rolle, die hierbei individuelle Beanlagung und Umgebung spielt, kommen psychische Emotionen und geringe Selbständigkeit in Betracht, vor Allem die so eindrucksfähige Jugend liefert hierfür zahlreiche Beispiele. Es bedarf also keines Beweises dafür, dass das Vorhandensein eines solchen Einflusses an sich noch nicht als pathologische Erscheinung aufgefasst werden darf und dass derselbe sicher ebensowenig die Zurechnungsfähigkeit ausschliesst.

Unter günstigen Umständen können manchen Personen gewisse Gedanken buchstäblich aufgedrungen werden, oft sind diese Personen die unbewussten Werkzeuge der Autoritäten, denen gegenüber sie diese Gedanken äussern. Hiervon kann gerade der Untersuchungsrichter gar nicht genug durchdrungen sein. So wird nicht selten eine, mit einem Eide bekräftigte Erklärung über diese oder jene Thatsache abgegeben, oder ein ganz genauer, durch Geberden veranschaulichter Bericht über das Vorgefallene, — z. B. über die Art und Weise, wie eine Wunde beigebracht wurde, — während doch der Zeuge zum Schluss bekennen muss, dass er eins und das andere nicht mit eigenen Augen gesehen habe. Ebenso kommt es vor, dass ein Zeuge dem ganzen Ideengang des Inquirenten folgt und Alles in dem von diesem gewünschten Sinne bestätigt. Die Parole des Psycho-Pathologen, „den Kranken vor Allem aussprechen lassen", müsste der Untersuchungsrichter sich ebenfalls zu eigen machen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass auf diese Weise in gutem Glauben falsche Zeugnisse abgegeben werden, bei denen unbewusste Suggestion im Spiele ist. Auch können geeignete Individuen, vor Allem jugendliche Personen sich durch Autosuggestion einbilden, dass bestimmte Thatsachen stattgefunden haben, während sie vorher fest vom Gegentheil überzeugt waren. So macht ein Kind dem andern weiss, ein Gespenst gesehen zu haben, bis es schliesslich selber daran glaubt, — so erzählen manche Personen, dies oder jenes geträumt zu haben, bis sie bald wirklich an die Realität dieses Traumes glauben, oder sie halten eine plötzlich aufsteigende Idee später für einen Vorfall aus ihrem Leben.

Wo nun verschiedene günstige Momente zusammenwirken, wo das Terrain sozusagen schon lange vorbereitet ist und der doppelte Einfluss von Suggestion und psychischer Emotion sich geltend macht, können Handlungen begangen werden, die mit der Persönlichkeit des Thäters in vollem Widerspruch stehen. In einer Studie über die Rolle der Suggestion bei inducirter Geistesstörung (Psych. Bladen, VII, p. 107) habe ich mehrere der Literatur entlehnte Fälle citirt. Nur einen, in hohem Maasse interessanten Fall von Prof. H. Spitta will ich hier mittheilen, der in kurzen Zügen ein vollständiges Bild eines derartigen Zustandes giebt.

Eine Frau, die 14 Jahre lang in glücklicher Ehe gelebt hatte, litt seit zwei Jahren an Krampfanfällen, verbunden mit Anfällen von ekstatischem

Wahnsinn, offenbar also eine Hystero-Epileptica. Im Jahre 1851 glaubte nun diese Frau durch ihre Nachbarin O. O. behext worden zu sein; als Gegenmittel befahl sie ihrem Manne und ihrer zwölfjährigen Tochter, mit Händen und Füssen auf sie selbst loszuschlagen, so sehr sie könnten. Der Mann, gewohnt, Alles zu thun, was seine Frau ihm befahl, leistete ihrer Anordnung mit solchem Eifer Folge, dass er dabei in Schweiss gerieth. Sehr bald begann er nun die Person seiner Frau mit der der Nachbarin zu verwechseln; sobald seine Frau ihn aufforderte, mit Schlagen fortzufahren, war es ihm immer, „als ob sie das Gesicht der O. O. hätte, obgleich die Gestalt fast redete, wie meine Frau, und dann schlug ich zu. Wurde sie ruhig, so war es ihre eigene Gestalt. Sogleich aber forderte sie mich wieder auf, die Hexe tot zu schlagen, und während sie ihre eigene Gestalt zu haben schien, fuhr sie fort: du musst bis zum Morgen auf sie schlagen, sonst bin ich hin."

Diesen Befehl führten Mann und Tochter so lange aus, bis die Frau vor ihren Augen starb, worauf sie unter eifrigem Beten bis zum Morgen bei der Leiche wachten. Später gab der Mann zu, seine Frau totgeschlagen zu haben, aber er sagte, er habe immer während der Zeit geglaubt, die Hexe zu erschlagen. Während der Ausführung der That hatte er absolut keine Angst empfunden, ebensowenig später; sein Herz und Gewissen blieben vollkommen frei, und ebenso fühlte er auch keinen Kummer über den Verlust seiner Frau, sondern ermahnte nur immer die Andern, sich an Gott zu halten. Auch die Tochter behauptete, auf die Worte ihrer Mutter hin immer der Ueberzeugung gewesen zu sein, sie treffe die Hexe, wenn sie die Mutter schlug.

Ich möchte nun noch einen Fall aus meiner eigenen Erfahrung mittheilen, welcher klar und deutlich lehrt, welchen nachtheiligen Einfluss eine von vornherein incorrecte Untersuchungs-Führung trotz der Abwesenheit unedler Motive auf eine Person von unbescholtenem Betragen ausüben kann. Der betreffenden Person wurde unbewusst und wohl in gutem Glauben ein Geständniss abgerungen, wodurch dieselbe Ehre, guten Namen und gesellschaftliche Stellung unbedingt verlieren musste, obgleich nicht ein einziger annehmbarer Grund vorhanden war, sie des in Rede stehenden Verbrechens zu bezichtigen. — Patient erklärte sich selbst schuldig, und zwar in Briefen, die er ohne jeden äusseren Zwang eigenhändig geschrieben hatte, — corpora delicti, welche dem Gerichtshof vorgelegt wurden, und an deren Existenz, geschweige denn ihre Abfassung, der Patient sich absolut nicht zu erinnern im Stande war. Seine Mutter starb an Schwindsucht, von den übrigen Familiengliedern waren einige an Altersschwäche oder acuten Krankheiten — nicht in Folge von Nervenleiden — gestorben, die Ueberlebenden gesund. Patient, ein Siebenmonatskind, war bis zu seinem achtzehnten Jahre immer schwach und kränklich gewesen, seit der Zeit gesund, aber blass, schwächlich und zart. Hin und wieder klagte er über Kopfschmerzen, „als ob ein Ring um den Kopf läge", über Flimmern vor den Augen, über geringe Esslust, träge Verdauung und Lendenschmerzen. — Obgleich er oft ein allgemeines Gefühl von Schwäche empfand, konnte er doch Sonntags fünf Stunden hintereinander gehen, ohne Ermüdung zu spüren. Patient war von unselbständigem, nervösem, stürmischem Temperament, sehr gefühlvoll, empfindlich, oft niedergeschlagen und in sich gekehrt. Da die geringsten Verdriesslichkeiten des Lebens schon den tiefsten Eindruck auf ihn machten,

lebte er möglichst still und zurückgezogen und äusserst solide. Niemals beging er Excesse in Baccho und in Venere, ebensowenig machte er sich der Masturbation schuldig; oft war er befangen und verlegen und zeigte dabei ein affectirtes Wesen. Mit 20 Jahren erhielt er eine Anstellung bei der Post, erfüllte hier seine Pflichten zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten und bekam mit 23 Jahren eine selbständige Stelle als verantwortlicher Postvorsteher in X. Einige Monate zuvor war seine Mutter gestorben, die er innig geliebt hatte. In den letzten Wochen der Krankheit hatte er sie gepflegt, ohne irgend nachtheilige Folgen davon zu tragen, obwohl er sich ihren Tod sehr zu Herzen nahm. — Im Alter von 12 Jahren hat Patient an einer ernsten Nervenkrankheit gelitten mit Lähmung der Nackenmuskeln und der Extremitäten, besonders der unteren, die allmählich ohne bekannte Ursachen sich entwickelt hatte. Mehrere Aerzte, in deren Behandlung er gewesen war, stellten die Diagnose phthisis et tumor cerebri, der Hausarzt dagegen erklärte die Krankheit für ein, bei Frauen häufig, bei Männern dagegen sehr selten vorkommendes Nervenleiden, wovon Patient bald und ohne nachtheilige Folgen wieder hergestellt sein würde. In der That begann die Krankheit sich unter elektrischer Behandlung zu bessern, und nach ungefähr einem Jahr hatte Patient sie vollständig überwunden. 18 Jahr alt gerieth Patient plötzlich in Folge einer ihm angethanen Beleidigung in heftige Aufregung, stürzte zu Boden, verlor das Bewusstsein, verfiel in tonische und clonische Convulsionen der unteren und oberen Extremitäten, verbunden mit Gesichtscyanose. Nach zwei Stunden kam er wieder zu sich und klagte über Kopfschmerz, die Beine waren vollständig, die Arme in geringerem Maasse gelähmt. Nach drei Tagen war die Kraft in den oberen Extremitäten wieder normal, gehen lernte der Patient jedoch erst nach einigen Monaten, während der Zeit klagte er oft über Parästhesien in den unteren Extremitäten, „als ob sie abgestorben wären".

In X führte Patient ein zurückgezogenes Leben. Der einzige, mit dem er vertraulich verkehrte, war der Beamte S., der ihm des Abends einige Stunden auf dem Bureau assistirte, die Zeit zwischen den Bureaustunden brachte er mit Lesen oder Spazierengehen zu. Auch fühlte er sich in der Familie, bei welcher er wohnte, nicht heimisch, weil das Oberhaupt derselben ein launenhafter Mensch war. Da er in jener Zeit einmal von einem seiner Vorgesetzten gewarnt worden war, sein Vertrauen nicht allzu leicht zu verschenken, hielt er sein Bureau immer verschlossen und liess ausser dem obenerwähnten Beamten S. Niemand herein. Letzterer leistete ihm dort fast alle Abende Gesellschaft, weil Patient in Folge des erlittenen Verlustes niedergeschlagen war.

Eines Tages um Mittag erbat sich ein Polizeibeamter einen Brief zurück, den er kurz zuvor zur Post gegeben hatte, indem er fragte, ob noch Zeit genug sei, etwas hinzuzuschreiben. Patient war in diesem Augenblick ganz mit dem Aufsetzen eines Briefes beschäftigt, in welchem er um eine andere Stelle einkam, auf die er ein Anrecht zu haben glaubte. Dieses Schreiben legte er nun in ein Register, wo es später in der That gefunden wurde, und suchte darauf, anfangs vergebens, den bewussten Brief, den er endlich fand und dem Polizeiagenten einhändigte, nachdem dieser mit Nachdruck behauptet hatte, er müsse da sein. Ungefähr fünf bis sechs Minuten später kam derselbe Polizist mit dem offenen Brief in der Hand zurück und beschuldigte den Patienten, der auf nichts gefasst war, in entrüstetem Ton,

den Brief geöffnet zu haben. Patient, der, wie er selbst angiebt, sehr viel Ehrgefühl besass und seine dienstlichen Pflichten höchst correct erfüllte, fühlte sich aufs Tiefste gekränkt und wurde nervös, heftig und aufgeregt; Alles schien um ihn her zu schwanken, und er glaubte zu Boden sinken zu müssen, wie der Polizist noch in impertinentem Ton hinzufügte, es wäre ihm ein Räthsel, dass die Post überhaupt noch in Ordnung wäre.

Aufgeregt und ängstlich wie er war, konnte Patient sich nicht entschliessen, das Vorgefallene noch an demselben Abend seinem Vorgesetzten zu melden, sondern schob es bis zum nächsten Morgen auf, wo er ruhiger geworden war. Patient bekam hierauf eine Vorladung vom Bürgermeister, die ihn sehr aufregte, weil er nur mit seinem eigenen Chef und nicht mit dem Bürgermeister zu thun zu haben glaubte. Bestürzt über die Art und Weise, wie dieser ihn empfing, war er nicht im Stande, seine Gedanken zu sammeln, sondern bat den Bürgermeister, den Brief zu lesen, den er des Morgens an seinen Chef geschrieben, und von dem er vorsichtshalber eine Abschrift mitgebracht hatte. In diesem Brief beklagte sich Patient darüber, dass er, der im Punkte des Briefgeheimnisses stets so peinlich sei, eines solchen Vergehens bezichtigt werde, und berichtete übrigens den Thatbestand in demselben Sinn, wie er es vorhin dem Bürgermeister gegenüber versucht hatte. Dieser las den Brief nur flüchtig durch und verhörte persönlich den Patienten, der mit Nachdruck erklärte, des ihm zur Last gelegten Vergehens nicht schuldig zu sein. Der Bürgermeister liess nun den Polizeiagenten hereinkommen, und dieser, empört über das hartnäckige Leugnen des Patienten, drang wiederholt in ihn, zu gestehen, worauf auch der Bürgermeister ihm sagte: „wenn Sie gestehen, so werde ich sehen, Sie zu retten“; er wollte dann das Verhör einstellen, die Sache keinem Anderen als dem Inspector sagen, und die Versetzung des Patienten zu veranlassen suchen. Schon den Tag vorher soll der Agent in ihn gedrungen sein, zu gestehen, weil er dann keine Strafe bekommen würde, während im anderen Falle ein Protokoll aufgenommen werden müsste und er in die Zelle käme, „und was wäre das für eine Schande!“

Patient berief sich auf seinen Amtseid, worauf der Bürgermeister ihm entgegnete, dass er dem Polizeiagenten als einem vereidigten Beamten Glauben schenken müsse, nicht aber dem Angeklagten. Der Patient, welcher schon durch die Art und Weise des Empfangs erschrocken und weiterhin durch Schreck und Angst ganz verwirrt war, kam, wie er sich später zu erinnern wusste, plötzlich auf den Gedanken: Was ist zu thun! unschuldig bist du, bekennst du dich schuldig, so wirst du versetzt und kannst später deinem Vorgesetzten noch immer die Wahrheit gestehen, bleibst du bei deiner Aussage, so wird die Untersuchung eingeleitet und du kommst in's Gefängniss; auf meine Einrede wird doch kein Gewicht gelegt werden, wenn sie nicht einmal auf den Amtseid hin glauben. — „Wäre ich klarer im Kopf gewesen“, sagte Patient später, „so hätte ich wohl begreifen müssen, dass es Unsinn war, was der Bürgermeister mir sagte.“

Hierauf bekannte sich nun der Patient für schuldig, obwohl er von seiner Unschuld überzeugt war, und erklärte, er habe den Brief geöffnet „mit Zustimmung des Beamten S.“, wofür er nicht einmal einen annehmbaren Grund angeben konnte. An diese letztere Aeusserung konnte sich Patient später gar nicht erinnern, und sie that ihm um so mehr leid, als dieser Beamte S. sein einziger Freund war.

Seit diesem Geständniss konnte der Patient sich von seinem Thun und Lassen nicht mehr Rechenschaft geben, er lebte wie in einem Nebel dahin. Er schrieb indessen zwei Briefe an den Bürgermeister, worin er ihn bat, die Sache fallen zu lassen, und welche, nach Ansicht des Letzteren, seine Schuld bewiesen. Diese Briefe waren mit sehr unsicherer Schrift, kaum lesbar, geschrieben, ganz im Gegensatz zu seiner gewohnten Schreibweise; er beschwor den Bürgermeister, ihn nicht unglücklich zu machen, sondern zu retten, die Sache geheim zu halten, wie er ihm ja versprochen habe, und sprach mit keinem Wort von seiner Unschuld, sondern betonte gerade das Gegentheil. So schrieb er unter Anderem: „Legen Sie doch ein gutes Wort für mich ein," .... „damit mir eine milde Strafe zuerkannt wird," „ich kann sagen, dass ich sonst noch nie etwas Unrechtes begangen habe," .... „vor Allem sagen Sie nur dem S. nichts davon, was ich begangen habe, denn er ist doch mein Freund." Einen dieser Briefe schrieb er Nachts gegen halb 5 Uhr, weil er sich, seines aufgeregten Gemüthszustandes wegen, nicht zur Ruhe legen konnte. Zwei Tage später wurde Patient wieder vor den Bürgermeister gefordert, und weil er eine Weile zögerte, wurde der genannte Polizeiagent mit einem seiner Collegen nach ihm geschickt. Patient, der an die letzten Tage nur eine sehr schwache Erinnerung hatte, konnte sich doch später sehr genau darauf besinnen, wie heftig er bei ihrem Kommen erschrak, weil er glaubte, er würde als Gefangener aufs Rathhaus geschleppt und so der Gegenstand allgemeinen Klatsches werden. In diesem Augenblick war Patient überzeugt, dass ihm das falsche Geständniss durch Versprechungen, Einschüchterung und fortwährendes Inihndringen abgezwungen worden war, und dieser Gedanke versetzte ihn in so heftige innere Erregung, dass er plötzlich, auf die Ankündigung des Bürgermeisters hin, dass nun Protokoll aufgenommen werden müsse, bewusstlos zu Boden stürzte. Darauf folgte ein zweistündiger tonischer Krampfanfall, während der ganze Körper steif, die unteren Extremitäten vollständig gelähmt waren. Erst den Tag darauf konnte Patient nach Hause gebracht werden, und erst 22 Stunden nach dem Anfall kehrte das Bewusstsein zurück. Patient klagte nun über Kopfschmerz und war äusserst empfindlich gegen alle Sinneseindrücke, so dass ihm schon sprechen und sprechen hören zu viel war. Arme und Beine konnte er nicht bewegen; während letztere vollständig paraplegisch waren, traten in ersteren hin und wieder spontane Bewegungen auf; die Functionen von Blase und Rectum waren auch diesmal, wie bei den zwei ersten Anfällen, ungestört und die Lähmung beiderseits gleich. Erst eine Woche nach dem Anfall war Patient wieder bei vollem Bewusstsein, während er sich bis dahin noch nicht genaue Rechenschaft über seinen Zustand und seine Umgebung hatte ablegen können. Auch später bestand für die Zeit von seinem Anfall bis vier Tage später vollständige Amnesie. An die Tage vor dem Anfall hatte er, wie gesagt, nur sehr schwache Erinnerungen, auf die Briefe an den Bürgermeister und ihren Inhalt konnte er sich absolut nicht besinnen, ebensowenig wusste er, dass, wie ihm später erzählt wurde, der Inspector bei ihm war und wie er sein Bureau übergeben hatte. Ungefähr fünf Wochen nach dem Nervenanfall wurde Patient in's Buiten-Hospital in Amsterdam aufgenommen; es bestand vollständige Paraplegie in den unteren Extremitäten und auch in den oberen sichtliche Herabsetzung der Muskelkraft (Dynamometer rechter Hand 12, linker Hand 10); Patient

konnte sich nur mit äusserster Anstrengung aus der Rückenlage in sitzende Stellung bringen und sank, wenn er nicht gehalten wurde, sofort wieder in die Kissen zurück. — Es bestand leichte, beiderseitig gleich starke Ptosis der oberen Augenlider; die Pupillen waren weit, reagirten auf Licht; schmerzhafte Druckpunkte bestanden über den papillae mammae und an beiden Bauchseiten unter dem Hypochondrium; die Schrift fast unleserlich; Blase, Rectum und Reflexe intact. Während der ersten Tage klagte Patient über heftigen Kopfschmerz, Globus, Druck auf der Brust und Schmerz in Rücken und Lenden. Patient wurde täglich mit Erfolg hypnotisirt; anfangs behauptete er, sehr schwer einzuschlafen; es dauerte durchschnittlich $^1/_4$ bis 1 Stunde, manchmal jedoch schlief er auch ein, nachdem ich ihm einige Secunden lang über die Stirn gestrichen und dabei gesagt hatte, dass er dadurch besser werden würde.

Erst einen Monat nach der Aufnahme begann Patient zu gehen, nachdem ihm gesagt worden war, er solle nicht tief, sondern nur oberflächlich schlafen, dann erst würde der „Genesungsschlaf" ihm Nutzen bringen. Von der Zeit an begann sein Zustand eine günstige Wendung zu nehmen, der Ernährungszustand wurde ein besserer, und die Muskelkraft kehrte zurück, während vorhin erwähnte Klagen nicht mehr geäussert wurden. Nur in den ersten Tagen nach seiner Aufnahme klagte Patient über Reissen in Armen, Beinen und Hals. Vier Monate nach dem Beginn der Krankheit konnte Patient vollständig geheilt entlassen werden. Während der ersten Tage nach seiner Aufnahme war Patient in hohem Maasse suggestibel; in Hypnose konnten ihm mit Erfolg Ideen suggerirt werden; so suggerirte man ihm z. B., er sollte eine halbe Stunde nach dem Erwachen dem Untersuchungsrichter gestehen, er habe die ihm zur Last gelegte That wirklich begangen, oder man suggerirte ihm gerade das Gegentheil, und der Patient kam diesen Befehlen nach, indem er dem Untersuchungsrichter, der übrigens gar nicht da war, die gewünschte Erklärung abgab, woran er sich aber, was man ihm ebenfalls suggerirt hatte, später absolut nicht mehr erinnerte. Absichtlich wurde dem Patienten von all diesen Experimenten nichts mitgetheilt, so dass er völlig in Unkenntniss darüber blieb. Von dem Zeitpunkte an, wo Patient sein volles Bewusstsein wieder erlangt hatte, blieb er übrigens fest dabei beharren, dass er ein falsches Geständniss abgelegt habe, wozu er durch Drohungen und Versprechungen während des obenerwähnten Verhörs gedrängt worden war. Die Briefe an den Bürgermeister geschrieben zu haben, konnte er sich durchaus nicht erinnern, obgleich er zugestehen musste, dass es seine Handschrift war. Auch aus andern Umständen ging hervor, dass Patient, ein Opfer heftiger Gemüthserschütterung, sich mehrerer Thatsachen aus der Zeit vor dem Anfall absolut nicht zu erinnern oder sich doch keine klare Rechenschaft über sie zu geben im Stande war. — Vor Gericht befragt, ob der Thatbestand, wie ihn der Angeklagte dargelegt hatte, möglich sei, äusserte ich mich in bejahendem Sinne, „da die Umstände, unter denen Patient gelebt hatte, im höchsten Grade günstig dafür waren. Angeklagter ist doch ohne Zweifel ein neuropathisch belastetes Individuum, welches unter dem Einfluss psychischer Emotionen und höchst wahrscheinlich auch bewusster oder unbewusster Suggestion stand, ein Umstand, der die Vorgänge, wie die hier in Betracht kommenden, begünstigt." Meine obenerwähnten Studien über die Rolle der Suggestion bei inducirter Geistesstörung gab mir meiner Ansicht nach das Recht, mich in diesem

Sinne auszusprechen. Weil ich indessen nicht genau wusste, was juristisch feststand, glaubte ich hinzufügen zu müssen, dass nur auf Grund näherer Untersuchung eine präcise Antwort auf die gestellte Frage zu geben sei, wozu ich selbst mich nicht im Stande erklärte, da ich mit den näheren, auf den Gegenstand bezüglichen Umständen nicht genügend vertraut war. Dank des Entgegenkommens von Seiten der Richter, war es mir später möglich, Einsicht in die auf den Fall bezüglichen Akten zu nehmen und so — wie oben — den thatsächlichen Hergang der Sache ausführlich darstellen zu können.

Es steht ohne Zweifel fest, dass der Patient das ihm zur Last gelegte Vergehen nicht begangen hat, dass er aber dem heftigen Andringen von Seiten des Polizeiagenten und des Bürgermeisters keinen Widerstand zu leisten fähig war. Auch hielt ihn Niemand, ausser vielleicht seinem Ankläger, des Vergehens für schuldig.

Man nahm an, dass er beim Ablegen des falschen Geständnisses unter dem Einfluss eines Andern gehandelt haben musste; es war auch kein einziger Grund aufzufinden, welcher ihn zur Oeffnung des Briefes veranlasst haben konnte.

Nach der Freisprechung des Angeklagten legte der Staatsanwalt Berufung ein, worauf auch in höherer Instanz Freisprechung erfolgte. Der Freigesprochene erhielt, Dank vieler Bemühungen, $1^1/_2$ Jahr später auf Ansuchen seines früheren Inspectors eine ebensolche Anstellung, wie die vorige war, wieder, so dass er wieder rehabilitirt war.

---

# II. Original-Vereinsberichte.

## 55. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte am 21. Juni 1891 in der Provinzial-Irrenanstalt zu Rybnik.

Anwesend die Herren: Ostmann, als Gast, Buttenberg (Rybnik), Dinter (Rybnik), Dubbers (Rybnik), Eicke (Pöpelwitz), Freund (Breslau), Hahn (Breslau), Hauptmann (Gleiwitz), Kahlbaum (Görlitz), von Karczewski (Kowanówko), Kemmler (Breslau), Klinke (Tost), Kloss (Owinsk), Kurella (Kreuzburg), Lissauer (Breslau), Moeller (Plagwitz), Petersen (Brieg), Schubert (Leubus), Walter (Lissa), Wernicke (Breslau), Zander (Rybnik).

463) Dr. **Zander** demonstrirt einen Fall von Schädelabnormität in Folge von Osteom.

Derselbe betrifft einen jetzt 27jährigen Bergarbeiter, der sich seit vier Jahren in der Anstalt befindet und vordem schon zur Begutachtung als Untersuchungsgefangener in Leubus gewesen war.

Der Tumor erstreckt sich ziemlich genau in der Ausdehnung des rechten os frontale, seine grösste Ausdehnung ist nach oben und seitwärts. Die

Geschwulst fühlt sich hart und gefurcht an, ist nicht druckempfindlich. Dach der rechten Orbita nach unten gedrängt, rechtes Auge steht ca. 1 ctm tiefer als das linke.

Schädelmaasse, Bandmaasse:

| | | Normal |
|---|---|---|
| 1) Horizontalumfang | 58,5 | 55 |
| 2) Ohrhinterhauptlinie | 23,5 | 24 |
| 3) Ohrstirnlinie | 36 | 30 |
| 4) Ohrscheitellinie | 35,5 | 36 |
| 5) Längsumfang | 35,5 | 35 |
| 6) Ohrkinnlinie | 31 | 30 |
| Tasterzirkelmasse: | | |
| 7) Längsdurchmesser | 19 | 18 |
| 8) Grösster Breitendurchmesser | 16,25 | 15 |
| 9) Distanz der pori acustici | 14,5 | 12,5 |
| 10) Distanz der Jochfortsätze der Stirnbeine | 14,5 | 11 |

Obige Schädelmaasse — Normalmaasse nach dem Krafft-Ebing'schen Lehrbuche — können jedoch nur ein undeutliches Bild von der Schädelabnormität geben, da, wie schon gesagt, der Tumor nur das os frontale einnimmt und am meisten nach oben prominent ist.

Ueber die Zeit der Entstehung des Tumors ist nichts Genaues zu eruiren. Nach einer Angabe soll schon von Geburt an eine stärkere Hervorwölbung der rechten Stirnbeingegend bestanden haben. Seit der Aufnahme in Rybnik hat der horizontale Schädelumfang ca. 2 ctm zugenommen.

Psychische Erscheinungen: Geistige Entwickelung angeblich bis zum 18. Lebensjahre normal, dann zunehmende geistige, besonders moralische Depravation, Arbeitsscheu, Alkoholexcesse, Brandstiftung, Diebstahl, Drohen mit Todtschlag. Jetzt grosse Reizbarkeit, Unzugänglichkeit, Unwirschheit, oft plötzliche Gewaltthätigkeit, Zerstörungssucht. Ueber die Ausdehnung der Intelligenzdefecte, Gedächtniss u. s. w. keine näheren Angaben möglich, da Patient sehr wenig, dann unwahre und verkehrte Auskunft giebt. Lähmungserscheinungen bestehen nicht, Function der Sinnesorgane, soweit zu prüfen, nicht abnorm. (Autoreferat.)

464) Dr. **Buttenberg** demonstrirt noch kurz ein durch Section gewonnenes Präparat eines Fremdkörpers im Oesophagus.

Dasselbe stammt von einem Patienten, der an einer eigenthümlichen psychischen Störung litt, welche wohl am besten als chorea magna zu bezeichnen war. Nach längerer Zeit bestehendem Kopfschmerz stellten sich allmählich zunehmende unwillkürliche Muskelzuckungen ein, dann trat Charakteränderung, Störrigkeit und Reizbarkeit, sowie wiederholte unmotivirte Erregungszustände, schliesslich langsam fortschreitende Schwäche der Intelligenz ein. Patient kam erst nach mehrjähriger Dauer der Krankheit nach Rybnik und war geistig schon ziemlich abgestumpft. Am auffallendsten in seinem Wesen war, neben den fortwährenden choreatischen Zuckungen der mimischen Muskeln, ein eigenthümlich gesteigerter Bewegungsdrang, welcher unter Anderem den Kranken veranlasste, die sonderbarsten Stellungen einzunehmen und sonderbare, manchmal auch halsbrecherische, turnerische Evolutionen auszuführen. Ferner hatte er auch eine eigenthümliche Vorliebe dafür, allerlei Gegenstände, z. B. auch lebende Frösche, in den Mund

zu stecken und dort längere Zeit zu behalten. Patient hatte immer einen sehr regen Appetit und fiel eines Abends bei der Visite dadurch auf, dass er nur wenig von seiner Portion ass. Bis dahin hat er immer gut, auch immer noch Festes gegessen. Bei der Untersuchung wurde Temperatursteigerung und eine mässige Schwellung des Halses mit geringer Empfindlichkeit constatirt. Andern Tages nahm die Schwellung zu, das Fieber stieg bis über 39, der Mund konnte fast gar nicht geöffnet werden, und der Fall imponirte als eine beginnende Phlegmone des Halses. Vom Kranken selbst war nichts über die Herkunft seines Leidens zu erfahren, obgleich er wohl noch so intelligent war, dass er über den eigentlichen Sitz der Erkrankung hätte Auskunft geben können. Da die Diagnose nicht völlig sicher schien, wurde eine Untersuchung in Narkose beabsichtigt, Patient starb aber plötzlich, kurz nachdem er noch bei der Mittagsvisite subjectiv wohl, allerdings mit etwas beschleunigter Athemfrequenz, befunden war. Wie nochmals hervorgehoben werden möchte, hat Patient ca. zwei Tage vor dem Tode noch Festes genossen, hat über Schmerzen im Halse und beim Schlingen nie geklagt.

Das Ergebniss der Section war ein sehr überraschendes: In dem normal vorliegenden Herzbeutel eine beträchtliche Menge von gelblicher Flüssigkeit mit eitriger Trübung. Sonst am Herzen nichts für diesen Fall Bemerkenswerthes.

Bei Eröffnung der Brusthöhle zeigte sich das vordere Mediastinum vollständig vereitert. In der rechten Pleurahöhle ein grünes, stark stinkendes jauchiges Secret. Drüsen des Halses stark geschwellt, aber nicht vereitert. Ebenso am Larynx und Pharynx keine Eiterung. In der Speiseröhre, dem Ringknorpel in der Höhe entsprechend, ein vielkantiges Porzellanstück — herrührend von einer Tasse — von 6 ctm grösster Länge, 2,5 ctm Breite, 2,5 mm Dicke, dessen eine Spitze an die Wand der Speiseröhre heranreicht und sich daselbst festgehakt, sowie die Wand durchbohrt hat. Hinten oben berührt ebenfalls eine scharfe Kante die Wand und hat dieselbe durchbohrt. Eine dritte Perforationsstelle, welche 2 ctm unter dem Ringknorpel etwas rechts von der Mittellinie liegt, wird angefüllt von einem nach unten reichenden, hakenförmigen Fortsatze des Porzellanstückes — Ansatz des Tassenhenkels —. Die Umgebung der drei Perforationsstellen ist von stinkenden, eitrigen Massen durchsetzt, abwärts davon ist das ganze hintere Mediastinum von Senkungsabscessen durchzogen. Im Zusammenhang damit steht die Eitersammlung im rechten Pleuraraum und im vordern Mediastinum.

Der eben geschilderte Fall ist ein lehrreiches Beispiel für die oft colossale Indolenz mancher Geisteskranker gegen Schmerzen und körperliche Beschwerden. (Autoreferat.)

465) Dr. **Dinter** spricht über epileptische Seelenstörung.

Ausgehend von der verschiedenfach gemachten Beobachtung, dass in Oberschlesien die Psychosen anders verlaufen, als in andern Gegenden, hat Vortragender zunächst das epileptische Irresein einer Untersuchung in dem erwähnten Sinne unterzogen. Begünstigt wurde diese Untersuchung durch die grosse Anzahl der Epileptiker in der Rybniker Anstalt.

Vortragender konnte für das transitorische Irresein der Epileptiker keinen Unterschied zwischen dem Verlauf in Rybnik und dem anderwärts auffinden, während für das chronisch-epileptische Irresein nur eine einzige Abweichung zu bemerken war. Diese Abweichung besteht im Verhalten der Epileptiker

bei der Arbeit. Während in andern Gegenden die Epileptiker sich durch ein grosses Ungestüm und eine auffällige Unermüdlichkeit bei der Beschäftigung auszeichnen, thun sich dieselben in der Rybniker Anstalt bei der Arbeit in keiner Weise hervor. Der einzige Epileptiker der genannten Anstalt, welche das anderwärts zu beobachtende Verhalten annähernd zeigt, ist kein Oberschlesier, sondern stammt aus Breslau. Als Grund dafür führt Vortragender die den Oberschlesiern von Kindheit an innewohnende Trägheit an.

Bei der kurzen Beobachtungszeit will sich Vortragender noch kein endgültiges Urtheil über das behandelte Thema gestatten. (Autoreferat.)

466) Dr. **Kurella** bespricht: einen Fall von Geistesstörung bei morbus Basedowii.

Der Fall ist zum Gegenstand einer längeren Mittheilung gewählt worden, nicht weil er besonders geeignet ist, die Pathologie des morbus Basedowii aufzuhellen, sondern einmal, weil er ein Gegenstand forensischer Beurtheilung war, und dann wegen einer Häufung von Begleiterscheinungen, wie sie selten vorkommt. Es handelt sich um einen 31jährigen Gerichtsbeamten, der wegen einer Reihe raffinirter Unterschlagungen und Fälschungen bei der Führung seiner Kasse im Anfang September vorigen Jahres in Untersuchungshaft kam, und Anfang December nach einem epileptischen Anfall psychisch erkrankte. Der Gefängnissarzt erklärte ihn für einen Simulanten, während der Arzt eines andern Gerichtsgefängnisses, in das der Angeklagte Mitte December überführt wurde, erklärte, der Angeklagte wäre Epileptiker, nicht im vollen Besitz seiner geistigen Kräfte, vielmehr geistig minderwerthig und sittlich krankhaft gehemmt. Symptome acuter psychischer Störung wurden bis zur Ueberführung des Angeklagten in die Kreuzburger Anstalt seit Mitte December nicht mehr beobachtet. Hier wurde das ausgesprochene Symptomenbild des morbus Basedowii festgestellt. Neben hochgradigem Struma fand sich ausgebildete Tachycardie und starker Exophthalmus. Von Augenerscheinungen fand sich ferner hochgradige, der Anamnese nach schnell progressive Myopie, concentrische Gesichtsfeldeinschränkung; die Muskeln des bulbus zeigten allgemeine Herabsetzung ihrer Leistung, die sich in einem ausserordentlich starren Blick aussprach. Daneben bestand deutliche Parese beider Mm. recti externi, so dass eine dauernde Divergenz der Sehachsen bestand, die beiden Lidspalten klafften stark, Ober- und Unterlider waren stark retrahirt, der periodische Lidschlag fehlte ganz, so dass periodisch Thränen träufelten, das obere Lid folgte der Senkung der Blickebene nicht (Graefe'sches Symptom). Von anderweitigen Störungen der motorischen Innervation ist ein schnellwelliger Tremor zu nennen, und in der Anstalt ein einmaliger kurzer epileptischer Anfall. Von vasomotorischen Störungen bestand Neigung zum Schwitzen; tâches cerebrales und urticaria factitia waren jederzeit leicht nachzuweisen. Bemerkenswerth sind ferner heftige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, eine eckige Affectirtheit und Befangenheit der äusseren Haltung. Störungen des Bewusstseins und der Intelligenz konnten während der 6wöchentlichen Beobachtung nicht nachgewiesen werden, vielmehr zeigte der Patient eine sehr rege Aufmerksamkeit, scharfe Auffassung, gewandte Dialektik, keinerlei Spuren einer folie raisonnante, vorzügliches Gedächtniss, und eine über seinen Stand hinausgehende Bildung und Belesenheit. Patient zeigte sich von einer cynisch-fatalistischen Welt-

anschauung beherrscht, und gab zu, seine Verbrechen mit vollkommener Ueberlegung und bei klarem Bewusstsein ausgeführt zu haben. Die sehr umfangreichen Acten ermöglichten eine sehr ausführliche Anamnese, aus der sich ergiebt, dass der Patient, ein reizbarer, eitler, genusssüchtiger Mensch, durch Verschwendung zu Unterschlagungen gedrängt war, die er successiv während eines Zeitraums von fünf Monaten beging, und die er in sehr gewandter Weise zu verschleiern wusste. Für diesen ganzen Zeitraum lässt sich durchaus nicht der Einfluss eines pathologischen Factors nachweisen. Die im December 1890 in der Einzelhaft aufgetretene kurze psychische Störung erwies sich nach den sehr ausführlichen und interessanten Angaben des Patienten selbst als eine wenig dichte Reihe unbestimmter, bei einbrechender Nacht auftretender Gesichts- und Gehörshallucinationen; die ganze Störung verschwand nach Aufhebung der Einzelhaft vollständig. Auch die bei dem Patienten beobachteten Convulsionen scheinen nicht eigentlich epileptisch zu sein; der Angeklagte hat unter den höchst ungünstigen Verhältnissen in den acht Monaten von seiner Verhaftung bis zum Ende der Anstaltsbeobachtung nur zwei leichte Krampfanfälle gehabt, auch in seinem gesammten Vorleben waren die Anfälle so selten, dass ihre Existenz Vorgesetzten und Collegen unbekannt war. Aetiologisch ist zu bemerken, dass der Vater des Patienten ein Menschenfeind und Sonderling war, dass der Patient eine freude- und liebeleere Kindheit hinter sich hatte, und dass seine beiden jüngeren Geschwister blödsinnig sind, die Schwester anscheinend ebenfalls an morbus Basedowii leidet. Vortragender konnte in seinem Gutachten den Angeklagten nicht für unzurechnungsfähig erklären, betonte vielmehr, dass sowohl die Convulsionen wie die Haftpsychose desselben nur als Episoden der bei ihm bestehenden Neurose aus erblicher Degeneration betrachtet werden können, dass derselbe weder zur Zeit der That, noch während der Beobachtung ein Geisteskranker oder Epileptiker gewesen wäre.

Vortragender berührt zum Schluss die Frage nach dem Sitz und der Natur des, den Basedow'schen Symptomencomplex bedingenden pathologischen Processes, und meint, dass der vorgetragene Fall sich eher mit der Annahme einer allgemeinen Neurose, als der einer Poliencephalitis superior vereinbaren lässt. Autoreferat.

---

# III. Aus Vereins- und Versammlungs-Berichten.

## Niederländischer Verein für Psychiatrie.

Versammlung in Haarlem am 18. Juni 1890.

467) **Tellegen** spricht: Ueber die Irrenversorgung in den Niederlanden.

Vortragender weist nach, dass die niederländischen Provinzialstände sich „in trauriger Weise mit der Verpflichtung zur Versorgung der Irren abgefunden haben, die ihnen durch das Irrengesetz von 1841 auferlegt worden ist," indem sie, anstatt eigene Anstalten zu bauen, sich damit begnügten, mit den wenigen schon bestehenden Anstalten Contracte zu schliessen, die

damals erweitert wurden. Eine weitere Ursache der geringen Entwicklung des niederländischen Irrenwesens sieht Vortragender in der Verwahrlosung des psychiatrischen Unterrichts an den Universitäten, die dritte in dem Mangel einer gesetzlichen Bestimmung darüber, dass der erste Anstaltsarzt Verwaltungschef sein muss, und die vierte in der „colossalen Vermehrung der Zahl der der Anstaltspflege bedürftigen Irren". Demgegenüber betont er, unter besonderem Hinweis darauf, dass die Stände der preussischen Rheinprovinz ihre Irren den Alexianern anvertrauen, und dass in Schlesien die Irren 1—1½ Jahr lang auf der Expectanten-Liste stehen, dass es im Auslande im Allgemeinen auch nicht besser steht, und hebt hervor, dass die Festsetzung einer Maximalzahl von Insassen für jede Anstalt einen erheblichen Fortschritt des niederländischen Irrenwesens bedeutet. Als besonderen Vortheil einzelner niederländischer Anstalten rühmt er ferner die Einführung von Diakonen und von Schwestern aus den gebildeten Ständen als Pflegepersonal; diesem System gehört nach seiner Meinung die Zukunft der Psychiatrie in den protestantischen Landestheilen.

van Deventer meint, dass in jeder der neugebauten Anstalten ein oder mehrere principielle Fehler begangen worden wären.

Die weitere Discussion zeigt einen scharfen Gegensatz zwischen dem Pessimismus der jüngeren und dem Optimismus der älteren Mitglieder der Versammlung.

Versammlung in Utrecht am 27. November 1890.

468) **Tellegen** spricht: Ueber die Wirkung des Opiums bei melancholischen Zuständen.

Vortragender citirt in der Opiumfrage die höchst verschieden lautenden Urtheile von Ballet, Voisin, Clouston, Blandford, Brosius, Schüle, Kowalewsky, Engelken und Guislain, und neigt für seine Person dazu, anzunehmen, dass Opium und seine Präparate gewisse Symptome der Melancholie, besonders Angstgefühle, Selbstmordneigung, Nahrungsverweigerung und Schlaflosigkeit (Morphium) günstig beeinflussen. Diese Wirkung ist jedoch mit Sicherheit nur in eigentlicher Melancholie, nicht bei den Depressionszuständen anderer Psychosen zu erwarten. Auch schreibt er dem Opium in manchen Fällen die Abkürzung des Verlaufs bei Melancholie zu. In allen Fällen räth T., das Opium nicht zu früh und nicht lange, viele Monate hindurch, zu geben. Man beginnt mit kleinen Dosen, 0,03—0,05 täglich 2—3mal, und steige mehr oder weniger schnell. Maximaldosen lassen sich nicht angeben; am besten giebt man eine Morgen- und zwei Abenddosen.

v. Deventer hält Opium bei reiner Melancholie nicht für indicirt, und ebensowenig zu Beginn eines Depressionszustandes.

Winkler will in zwei Fällen, bei hochgradiger Angst und bei der Schlaflosigkeit alternirender Psychosen, nicht auf Opium verzichten.

v. Persyn hat oft und dann bei frischen Fällen eclatanten Erfolg von Opium gesehen, manchmal „über Nacht". Er braucht nie Morphium, bevorzugt Extract. Opii.

Doedes Breuning hat als Director die Opiumbehandlung abgeschafft, nach seiner Erfahrung nimmt die Opiumbehandlung in allen Anstalten stark ab.

van der Lith hält das Opium bei acuten Fällen für contraindicirt, ist für das „juste milieu" und Individualisiren.

469) Dr. **van Eeden** spricht über Zwangsvorstellungen.

Als „Obsessionen" bezeichnet Vortragender die Gruppe von Psychosen, wo das Urtheil unverändert bleibt und nur ein bestimmter Theil des psychischen Lebens eine krankhafte Abweichung zeigt. Agoraphobie und Claustrophobie sind keine Zwangsvorstellungen, denn es fehlt die vorausgehende Vorstellung, sondern Zwangsaffecte. Echolalie, Coprolalie ist keine Zwangsvorstellung, sondern ein Zwangsimpuls; allen gemeinsam ist der Zwang, d. h. die Person verliert die Controlle über einen Theil ihres Seelenlebens. Als vierte Form kommt die Zwangsidee im engeren Sinn (Grübelsucht). Als eine eigenthümliche Combination von Erscheinungen aus diesem Gebiete schildert Vortragender die „folie du doute avec delire du toucher" und giebt hiefür vier Fälle eigener Beobachtung. Ausführlich theilt E. einen eigenthümlichen Fall von Neigung zu abergläubischen, zwangsmässigen Vorsichtsmaassregeln mit; der Patient ging z. B. acht Jahre lang jeden Sonntag nach einem gewissen Bahnhof, um dort einen bestimmten Pfahl dreimal links und viermal rechts mit dem Fusse zu berühren, mit dem Gedanken, er müsse sterben, wenn er das nicht thäte. Einmal fuhr er nach einem Seebade, nur um ein Steinchen, das er bei einem früheren Besuch hatte liegen sehen, noch einmal zu berühren. Er glaubt, dass ein Unglück, und zwar jedesmal eins von ganz bestimmter Art, passiren muss, wenn er seine Zwangseinfälle nicht ausführt.

Hypnotische Behandlung, Suggestion von Ruhe und Willenskraft, hatte in allen Fällen nicht unerhebliche Erfolge.

Jelgersma fragt, ob Vortragender Uebergang der Obsessionen in Wahnsinn gesehen hat.

v. Eeden hat diesen Uebergang beobachtet; in einem Fall bestand nur eine gewisse Gedächtnissschwäche.

470) **van Deventer** spricht über: Einfluss der Musik auf psychopathische Zustände.

Deventer hat selbst meist nur erregenden Einfluss der Musik auf Geisteskranke gesehen; nur gelegentlich führte eine dem Individuum aus seiner Jugend bekannte Composition durch associative Wirkung angenehmer Erinnerungen zu einer Milderung von Depressionszuständen. Bei der gänzlichen Unerregbarkeit moralisch Irrer für Musik hält er diese als differentialdiagnostisches Mittel für verwendbar. Nervöse Kinder und Neurastheniker reagiren oft mit bedenklicher Erregung auf packende Musik. Der Pessimismus und die Sinnlichkeit des neuropathischen Charakters finden in der Wagner'schen Musik mit ihrem grossen Ausdrucksvermögen und ihrem intensiven Eindruck auf die Stimmung ihren Widerklang. D. hält Wagner'sche Opern für bedenkliche Narcotica. In gewissen Fällen, so besonders häufig bei Alkoholisten, kann sich an musikalische Erregung ein acutes hallucinatorisches Delir anschliessen. Vortragender verlangt besonders eine Controlle der musikalischen Neigungen Nervöser durch den Hausarzt.

Moll hat bei einem Musiker, dem er in der Reconvalescenz die Violine wiedergab, einen plötzlichen heftigen Rückfall gesehen.

471) **Tellegen** spricht: Ueber die Grösse und die Baukosten einer Irrenanstalt.

Der für eine neue Anstalt bei Dordrecht, berechnet auf 800 Patienten,

entworfene Kostenanschlag erreicht die Summe von 1,800 000 Gulden = 2,800 000 Mark, pro Bett sind also 3500 Mark vorgesehen. Gegenüber diesen bedeutenden Kosten und der präsumtiven Zunahme der Anstaltspfleglinge in Holland um 1000 Köpfe in 10 Jahren fragt T., ob es nicht an der Zeit wäre, zu der Trennung zwischen Heil- und Pflegeanstalten zurückzukehren. Heilanstalten müssen klein und können nicht billig sein, Pflegeanstalten können über 1000 Irre in einfacher Weise beherbergen, hier brauche ein Bett nicht mehr als 1000 Gulden Anlagekosten zu absorbiren.

Ruysch wünscht eine gesonderte Verpflegung der Blödsinnigen und Idioten. Die Preise pro Bett variirten von Jahr zu Jahr.

Jelgersma ist ein entschiedener Gegner der Trennung von Heil- und Pflegeanstalten, hält aber Stadtasyle für nothwendig.

Cox schliesst sich Jelgersma an, hält bindende Bestimmungen über Flächenraum und Cubikinhalt für nothwendig.

v. Deventer hält 600 Betten für das zulässige Maximum.

Ruysch hält gute Ventilation, nicht grossen Luftraum für erforderlich.

Die Versammlung beschliesst die Ernennung einer Commission zur Erhaltung eines Rapports über die Art und Weise, in der eine Anstalt gebaut sein soll.

Versammlung in Amersfoort am 25. Juni 1891.

472) **Brosius:** Die Bettbehandlung der Irren (der Vortrag ist schriftlich eingereicht).

B. citirt eine in den „Leçons orales“ von Guislain (1852) zu findende Empfehlung der Bettbehandlung bei Melancholie „Le lit sera pendant toute la première période du mal une des grandes ressources du traitement“, und eine ähnliche Aeusserung von Conolly aus dem Jahre 1854, über die Behandlung der Manie und anderer Erregungszustände. Wenn Neisser also auch mit Unrecht Meyer die Priorität in dieser Methode zuschreibe, so hätte er darin Recht, dass dieselbe noch nicht genügend verbreitet und geschätzt wird. B. weist darauf hin, dass er schon zu Beginn der 60er Jahre und später, 1875, seine damaligen langjährigen Erfahrungen mit der Bettbehandlung aller Formen von Geistesstörung publicirt hat; auf dem damaligen Standpunkte stände er noch heute. Er unterschriebe ganz die These Neisser's: „Die Bettruhe ist das souveräne Mittel in der Behandlung von Erregungszuständen“, und füge hinzu, dass sie auch in psychischen Depressionszuständen denselben Werth hätte. In beiden Fällen fände das kranke Hirn die Isolirung von psychischen Reizen im Bett, gerade wie ein Augenkranker in die Dunkelkammer gehöre.

Je mehr Einzelzimmer eine Anstalt hätte, wo ruhige Bettlage möglich ist, desto besser ist sie.

Discussion über die Bettbehandlung der Irren:

Dr. Brosius fragt an, was in dieser wichtigen Angelegenheit in den niederländischen Anstalten geschieht.

van Deventer. Im Buiten-Hospital wird die Bettbehandlung vorzugsweise bei Melancholischen in grossem Maassstabe angewendet.

De Snoo. In Meerenberg, wo wenig acute Fälle vorkommen, wird die Bettbehandlung nur selten angewendet; die Mehrzahl der Patienten geht umher, und nur in einigen, wenigen Fällen werden Irre zu Bett gelegt.

Cowan. In Dordrecht wird jeder an frischer Melancholie Erkrankte in's Bett gelegt, und dabei besonderer Werth auf reichliche Ernährung gelegt.

Hulst. Von Zutfen ist ungefähr dasselbe zu sagen, wie von Meerenberg, nur ist hinzuzufügen, dass hier auch alle diejenigen zu Bett gelegt werden, die sich in Gesellschaft Andrer besonders ängstlich fühlen.

Dobberke. In Coudewater werden alle Melancholiker, und alle im Anfangsstadium irgend einer Psychose befindlichen Irren zu Bett gelegt, wobei in den Fällen von Melancholia agitans Opium verabreicht wird. Vortragender möchte genau erfahren, was Dr. Brosius — der, soviel bekannt, kein Opium giebt — mit den unruhigen Kranken mache, die nicht zu Bett bleiben wollen?

Dr. Brosius. Mit viel Mühe und viel Tact gelingt es doch, derartige Kranke im Bett zu halten, auch ohne Opiumverabreichung. Ich erinnere mich lebhaft an einen Fall, wo der Patient lange Zeit hindurch nach der Methode Esquirol's behandelt worden war; ganz erfolglos hatte man ihn lange Spaziergänge machen und Gartenarbeit verrichten lassen. Sofort nach der Aufnahme in meine Anstalt liess ich ihn zu Bett bringen, und die grosse Mühe, die es mich kostete, ihn darin zu halten, wurde bald belohnt. Schon nach drei Wochen trat deutliche Besserung ein, und Patient sagte selbst, er hätte nie geglaubt, wieviel Gutes so ein Bett thun könne. — Arzneimittel wurden nicht verabreicht.

Tellegen. Aus dieser Discussion scheint hervorzugehen, dass in den Niederlanden wohl bei melancholischen, nicht aber bei maniakalischen Zuständen die Bettbehandlung in Anwendung kommt.

Jelgersma fragt, ob man bei denjenigen, die sich nicht im Bett halten lassen wollen, schon zu diesem Zwecke die Hypnose in Anwendung gebracht hat.

v. Deventer. Im Buiten-Hospital legen wir die unruhigen Kranken in tiefe, kastenartige Bettstellen, so dass sie wenig oder nichts von ihrer Umgebung sehen und das Bett auch nur mit einiger Mühe verlassen können. Hypnotischen Schlaf habe ich bei widersetzlichen Kranken wohl anzuwenden versucht, aber mit äusserst wenig Erfolg. Gute Dienste thut oft die Einwicklung in ein nasses Laken, welches ich als hydropathisches Agens, nicht als Zwangsmittel gebrauchte.

De Snoo. Bei Manie finde ich die Bettbehandlung nicht besonders angebracht; Maniakalische lasse ich lieber arbeiten, das beruhigt sie viel eher.

(Nach den ausführlichen Berichten in Band VIII und IX der „Psychiatrische Bladen".) Kurella.

---

## Medicinsk Selskab in Kopenhagen.

Sitzung vom 3. März 1891.

473) **Poulsen, Kr.** Om Cerebraltilfaelde ved den kroniske Otitis media (Ueber cerebrale Störungen bei chronischer Otitis media).

Es handelt sich bei den, an chronische Otitis media sich anschliessenden cerebralen Störungen in der Regel um einen epiduralen Process, Hirnabscess — Sinusthrombose — oder diffuse Meningitis. — Verf. hat in den Jahren 1870—88 am Communehospital (Kopenhagen) 10 159 Sectionen gemacht und darunter 28 Fälle gefunden, bei denen ein, an Ostitis sich an-

schliessendes intracranielles Leiden die Todesursache war. — 12 Fälle von Hirnabscess (8 im Temporallappen, 3 im Cerebellum, 1 im Cerebellum und Occipitallappen). Prof. A. Iversen machte in zwei Fällen von Hirnabscess die Schädeltrepanation, der erste Fall endete glücklich, mit Heilung, im zweiten trat diffuse Meningitis ein und führte zum Tode.

Im ersten Fall handelte es sich um eine 32jährige Frau mit rechtsseitigem Ohrenleiden, Kopfschmerz und Erbrechen, nach einer Resection des proc. mast. bleiben dieselben Symptome bestehen, und die Verblödung nimmt zu, daher Trepanatio cranii $1^1/_2$ cm unterhalb des Gehörgangs, wo ein Epiduralabscess entleert wird. Patient bleibt trotzdem in soporösem Zustand; zugleich tritt rechtsseitige Parese des Gesichts, sowie der oberen und unteren Extremität ein; die Dura wird geöffnet, wobei eine Menge Eiter aus dem Temporallappen strömt, die Abscesshöhle wird entleert; Patient wird geheilt.

Zweiter Fall: 7jähriger Knabe, rechtsseitiges Ohrenleiden; Krampfanfälle, Erbrechen, Kopfschmerz. Resect. des proc. mast. Patient bleibt stumpf, hat ab und zu Krämpfe, Parese des linken Beins, daher wird zur Trepanatio cranii mit Oeffnung der Dura und Punktion des Temporallappens geschritten. Bei der Operation strömt viel Eiter heraus. Der Verlauf in den ersten Tagen günstig, darauf Symptome von acuter Meningitis und Tod.

Nach Bergmann stehen von den Symptomen bei Hirnabscess die direct durch das Fieber hervorgerufenen in erster Reihe, darauf folgen die Druck- und endlich die Focalsymptome. Auf erstere ist kein allzugrosses Gewicht zu legen, da das Fieber durch Eiterretention im cav. tympan. bedingt sein kann; in der Regel findet man bei dem uncomplicirten Abscess geringe Temperatursteigerung. Von Drucksymptomen (Kopfschmerz, Benommenheit, Erbrechen u. s. w.) ist der verlangsamte Puls zu beachten, doch finden sich alle diese Symptome auch bei Sinusthrombose und epiduralem Abscess, sind also nicht pathognomonisch für den Hirnabscess. Von Bedeutung ist es ferner, ob das Krankheitsbild sich langsam entwickelt. Ziemlich oft findet man nämlich bei Hirnabscess chronischen Verlauf, in den meisten Fällen hat Verf. indessen acuten Verlauf beobachtet, und neigt sich der Ansicht zu, dass der Abscess nicht selten sogar eine rapide Entwicklung nimmt. Schliesslich muss noch daran erinnert werden, dass die Drücksymptome gänzlich fehlen, der Abscess sich latent entwickeln und erst in seinem Terminalstadium (Coma und Somnolenz) sich manifestiren kann. — Bei Temporalabscessen ist das wichtigste Focalsymptom sensorische Aphasie, da das betreffende Sprachcentrum in der Schläfenwindung liegt. In keinem der beobachteten Fälle fand der Verf. Sprachstörungen, während Schede und Watson Cheyne solche bei rechtsseitigem Ohrleiden constatirt haben. Lähmung der dem Ohrenleiden gegenüberliegenden Körperhälfte muss als Focalsymptom aufgefasst werden, sie entsteht, wenn der Eiter vom Temporallappen aus weiter vordringt und den inneren Linsenkern beeinflusst. In fünf von acht Fällen ist diese Lähmung beobachtet worden. — Kleinhirnabscesse zeigten kein besonderes charakteristisches Krankheitsbild, vor allem fehlte der eigenthümlich schwankende Gang, der manchmal die Erkrankungen des Kleinhirns charakterisirt. Sinusthrombose bildete bei allen diesen das Mittelglied zwischen Abscess und Ohrenleiden. Die Prognose für Hirnabscess ist pessima. Die Behandlung muss auf Oeffnung des Abscesses durch Trepanation ausgehen. Aus der Literatur hat Verf. zehn glücklich

verlaufene Fälle gesammelt, an die sich als elfter der von Prof. Iversen operirte Fall mit glücklichem Ausgang anschliesst.

Neun Fälle von Sinusthrombose sind beobachtet worden, einer im Sinus petrosus sup. u. infer., die andern im Sinus transversus; einige davon hatten ausgesprochene pyämische Symptome. Nicht selten schliessen sich sub- und epidurale Abscesse an die Sinusthrombose an, jedoch treten sie auch selbständig, unabhängig von der Phlebitis auf. Von Lane, Ballance und Salzer sind im letzten Jahr mehrere glücklich operirte Fälle mitgetheilt worden. Verf. theilt die Ansicht Salzer's, dass die Oeffnung des Sinus transversus genügt, und dass die von englischen Operateuren vorgenommene Unterbindung der Vena jugularis zu unterlassen ist.

Von den beobachteten acht Fällen von Meningitis waren die meisten nur wenig charakteristisch.

Zum Schluss sagt der Verf., dass die Diagnose bei Cerebralsymptomen oft eine schwierige ist, und er hält daher in vielen Fällen — wo Eiterretentionen im cavum tympani oder in den Cell. mast. ausgeschlossen ist — eine explorative Trepanatio cranii für angezeigt. Im Communehospital (5. Abtheil.) ist eine solche dreimal vorgenommen worden, jedesmal mit negativem Resultat. Im ersten Fall wurde der Temporallappen blossgelegt und punktirt; es handelte sich um partielle Meningitis in der Fossa cranii post. Patient befindet sich seitdem wohl. Im zweiten Fall glaubte man es auch mit einem Temporalabscess zu thun zu haben, fand aber nur eine Verfärbung der Dura. Patient überstand die Operation sehr gut; jedoch nach drei Wochen, offenbar in Folge der Einführung einer Sonde in die Cellulae mast. traten die früheren Erscheinungen wieder auf, und Patient starb an diffuser Meningitis. Im dritten Fall endlich, wo der Patient komatös aufgenommen wurde, bestand neben dem Ohrenleiden noch diffuse meningeale Blutung.

In Fällen von unsicherer Diagnose schlägt P. vor, den Sinus transversus blosszulegen, und erst nachdem die Untersuchung negativ ausgefallen ist, den Temporallappen. Kurella.

---

## Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Sitzung vom 1. November 1890.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1891. Nr. 5.)

474) **Klebs:** Ueber Dystrophia muscul. progressiva.

K. zeigt an der Hand von Präparaten, dass die Unterscheidung einer centralen und einer peripheren Form der progr. Muskelatrophie vor allem gegeben ist in der durchgreifenden Differenz des Muskelgewebes, das im ersteren Falle eine einfache Verdünnung der Fibrillen bis zu feinsten Fäden, im letzteren ein Nebeneinander von hypertrophischen und atrophischen Zuständen mit subsidiärer Fettgewebsbildung erkennen lässt. Die Präparate stammen von der Leiche eines Geisteskranken, mit der juvenilen Form der Dystrophie. Die in einzelnen, unfern der Sehnenansätze gelegenen, Muskelfeldern besonders zahlreichen hypertrophischen Fasern zeigen wohl erhaltene Querstreifung, sind aber durch tiefeindringende helle Linien in mehrere Stücke getheilt, und lassen ein System heller, zackiger Lücken er-

kennen, die eine hyaline, durch Hämatoxylin hellblaue Substanz ausfüllt; letztere zeigt die Tendenz, sich auf Kosten der quergestreiften Substanz zu vergrössern. Am Bindegewebe fehlt jede Spur einer aktiven Neubildung; einzelne darin enthaltene grössere Kerne hält K. für „Fremdkörper in Bohnen-, Halbmond- oder Spindelform", die vielleicht als Coccidien (Sporozoen) gedeutet werden können. An den Nerven keine Veränderungen; dagegen fand sich eine totale Thrombose der meisten Muskelarterien und eine partielle der Capillaren, deren Grad dem der Fibrillenatrophie entspricht und die K. deshalb als Ursache dieser anspricht; er neigt zur Annahme einer hereditären Abnormität der Gefässwände. Kurella.

Sitzung vom 15. November 1890.

475) **v. Monakow**: Ueber Porencephalie.

Ein 12jähriges Kind zeigte bald nach der durch die Zange beendeten Geburt linksseitige Parese, schiefen, von links vorn nach rechts hinten abgeplatteten Schädel; Patient lernte erst mit vier Jahren gehen; die linke Körperhälfte (incl. linke Gesichtshälfte) blieb im Wachsthum zurück und war hemiparetisch. Keine deutlichen Contracturen in der linken Körperhälfte, nur leichte Spitzfussstellung links. Geistige Entwicklung langsam; keine Charakterdefecte noch Sprachstörung. In den Kinderjahren keine Convulsionen. Vom Jahre 1888 an epileptische Anfälle, die sich zwei- bis vierwöchentlich wiederholten und meist gehäuft auftraten. Sie setzten mit motor. Aura ein; der linke Arm wurde leicht gehoben. Dann lief der Anfall unter Bewusstseinsverlust und allgemeinen Convulsionen, die stets links begannen und links am stärksten waren, ab. Keine Zuckungen ohne Bewusstseinsverlust. — Tod im Oct. 1890 unter schweren, acut einsetzenden cerebralen Erscheinungen, nicht im Anschluss an eine epileptische Attaque.

Die Section ergab an Stelle der rechten Centralwindungen, des Operculums und theilweise auch der ersten Temporalwindung eine von der gefässlosen Arachnoidea bedeckte, mit klarer, seröser Flüssigkeit gefüllte Blase, deren Boden trichterförmig verlief und die mit dem Seitenventrikel durch eine kleine Spalte in Communication stand. Paracentralläppchen erhalten. Der Boden des Scheitellappendefects wurde gebildet von schmalen, gegen den Boden des Trichters radienförmig verlaufenden Windungsresten, hauptsächlich des Gyr. supramarg. und der Centralwindungen. — Insel liegt frei, die rechte Fossa Sylvii geht theilweise in den Porus über. Frontallappen normal, Occipital- und Parietallappen secundär geschrumpft. (Degeneration der Sehstrahlungen und Schwund des Markkörpers im Hinterhauptlappen.)

Die linke Kleinhirnhemisphäre zeigte beträchtlichen Substanzverlust. Auch hier findet sich an Stelle der Hemisphärenwand eine mächtige, mit der Rautengrube communicirende Blase. Sämmtliche Hirnarterien frei.

Secundäre Degenerationen: Rechter Thalamus opt. hochgradig geschrumpft (wobei Tubercul. ant. ziemlich normal), rechtes corpus gen. ext., vorderer Zweihügel sehr beträchtlich verkleinert, rechter Tract. opticus stark atrophisch, desgleichen der linke N. opticus. Rechtes Corp. genic. int. ist ebenfalls nicht unwesentlich reducirt. Rechter Ped. sehr schmal, die rechte Pyramide bis auf einen zündholzdicken Strang völlig resorbirt, während die linke recht mächtig erscheint. Rechte Olive und die drei Arme des linken Kleinhirns wesentlich verkümmert.

In ätiologischer Beziehung hebt der Vortragende neben der erblichen Belastung seitens des Vaters die mangelhafte Entwicklung der Mutter (enges Becken) und die schwere Zangengeburt hervor. Der Befund am Schädel spricht ebenfalls für eine in utero stattgefundene, mächtige Compression. Die bei der Porencephalie äusserst selten beobachtete Defectbildung im Kleinhirn (links) wurde zweifellos durch dieselben mechanischen Momente erzeugt. Was die Veränderungen im Zwischen- und Mittelhirn, sowie in der Medulla oblong. anbetrifft, so sind dieselben als secundär aufzufassen, denn ganz ähnliche Störungen können künstlich erzeugt werden.

Die geringen Störungen in der linken Körperhälfte sind um so auffallender, als hier die rechte motorische Zone sozusagen völlig ausgeschaltet war und von der rechten Pyramide ein nicht nennenswerthes Stämmchen übrig blieb. Bemerkenswerth ist die compensatorische Entwicklung der linken Pyramide, welche zweifellos allmählich einen mächtigen Einfluss auch auf das rechte Vorderhorn des Rückenmarks gewonnen hatte. Schliesslich weist der Vortragende auf die geringen psychischen Störungen, die der Patient trotz der ausgedehnten Defecte im rechten Gross- und im linken Kleinhirn gezeigt habe, hin, und spricht die Meinung aus, dass wohl auch hier eine compensatorische Bildung nervöser Elemente resp. eine gesteigerte Ausnutzung der linken Hemisphäre stattgefunden habe.

Discussion. — Prof. Krönlein fragt, ob nicht auch durch ein brüskes Trauma allein im Gefolge einer Hirnruptur diese Porencephalie entstehen könnte. Er erinnert daran, dass bei der Meningocele spuria es sich immer um ein Trauma handle, das den kindlichen, hydrocephalen Schädel getroffen und zu einer Fractur der Schädelconvexität geführt habe, und in der Dehiscenz des Schädels entsteht dann durch Cerebrospinalflüssigkeit eine fluctuirende Stelle.

v. Monakow glaubt, dass eine Ruptur nicht einmal absolut nöthig sei, um eine solche Porencephalie zu erzeugen, der einfache Druck genüge schon. Die Senkung geht offenbar ganz allmählich vor sich, das zeigt in seinem Fall die Trichterform. Kurella.

---

# IV. Referate und Kritiken.

476) **Waldeyer**: Ueber einige neuere Forschungen im Gebiete der Anatomie des Centralnervensystems. (Berl. Kl. Wochenschr. 1891. Nr. 28.)

Der Vortrag giebt die Hauptergebnisse der Arbeiten von Golgi, S. Ramon a. Cyjál, Kölliker sowie der embryologischen Forschungen von His und die vergleichend anatomischen und histologischen Untersuchungen von F. Retzius, Fr. Nansen und Biedermann. Wer sich über die neueren Fortschritte auf dem angegebenen Gebiete schnell orientiren will, sei auf diesen das Wesentliche in kurzen Sätzen zusammenfassenden Vortrag verwiesen.

Hoppe (Allenberg).

477) **Th. Haes** (Friedrichsberg): Die Anwendung der Wolters'schen Methode auf die feineren Fasern der Hirnrinde. (Vorl. Mittheilung.)
(Neurol. Centralbl. 91 No. 15.)

Durch einige Abänderungen in der von Wolters in der Zeitschr. f. wiss. Mikroskopie Bd. VII angegebenen Methode (das Nähere s. Origin.) gelang es (N. 1) die Tangentialfasern in überraschender Fülle und Schönheit zu färben und deren Verbindung mit den äussersten Ausläufern der Radialfasern aufzudecken; 2) ein typisch verlaufendes Faserband, im Rindengrau gelegen, aufzufinden, welches H. als äusserste Meynert'sche Associationsschicht bezeichnet.
Hoppe (Allenberg).

---

478) **Bechterew u. Mislawski**: Ob innerwazii i mosgowych centrach slesootdjelenija (Centrale Innervation der Thränendrüsen).
(Medicinskoie Obosrenie No. 12. 1891. S. A.)

Die Autoren machten ihre Versuche an curarisierten Hunden. Zunächst erwies sich der Halssympathicus als Innervationsbahn der Thränenabsonderung. Reizung seines peripheren Abschnitts machte stets deutliche Thränenabsonderung; die reflectorische Erregung von Thränenbildung (durch Ischiadicus-Reizung) war mit andern Erscheinungen von Seiten des Halssympathicus (Mydriasis, Exophthalmus) verbunden, und trat auch auf, wenn an der betreffenden Seite der Trigeminus durchtrennt war.

Die Hirnrinde zeigt bei faradischer Reizung nur an einem kleinen Bezirk, dem medialen Theil des vorderen und hinteren Endes vom Sulc. sigmoid., einen deutlichen Einfluss auf die Thränendrüse; es folgt dem Beginn der Faradisation sofort eine starke Thränenabsonderung auf dem gekreuzten, eine mässige auf dem ungekreuzten Auge, zugleich zeigt sich Pupillendilatation und Exophthalmus beider Augen. Genau dieselben Erscheinungen ruft auf dem gekreuzten Auge Faradisation des Thalam. opticus hervor an einer umschriebenen Stelle in der Tiefe des medialen Theils. B. schliesst daraus, dass an den gereizten Stellen des Thalamus und der Rinde die centrale Fortsetzung des Halssympathicus zu suchen sei.

Auf Grund einiger weiterer Versuche kommen die Verf. zu dem Resultat, dass die Thränensecretion von Hirnrinde und Sehhügel aus theils längs des Halssympathicus, theils längs des Trigeminus innervirt wird, und dass im Sehhügel sowohl das Reflexcentrum der Thränenabsonderung, als auch die zur Rinde gehenden Fortsetzungen des Halssympathicus liegen. Ref. möchte bei dieser Gelegenheit daran erinnern, dass es hiermit übereinstimmt, wenn im Thalamus die reflectorischen Centren des mimischen Affectausdrucks liegen, und wenn nach den Untersuchungen Helweg's der centrale Verlauf der vasomotorischen Nervenbahnen durch den vorderen Sehhügelstiel geht.
Kurella.

---

479) **Wassiljew**: O sostojaniu kolennych ssuchožylnych refleksow pri iskustwenno wyzwannoj padutschej u žywotnych. (Verhalten des Kniephänomens bei der künstlichen Epilepsie der Thiere.) (Wratsch. No. 26. 1891.)

Der Kniereflex wurde mit dem von Bechterew angegebenen Apparate untersucht bei und gleich nach den Krampfanfällen, die bei Hunden durch Rindenfaradisation ausgelöst wurden. Gleich nach heftigen, mit Bewusstseins-

verlust verbundenen Anfällen zeigte sich das Kniephänomen verschwunden oder erheblich abgeschwächt, und zwar unmittelbar nach dem Aufhören der klonischen Krämpfe. Das Fehlen des Kniephänomens konnte sich durch mehrere, bis 12 Minuten erstrecken, seine volle Kraft erhielt der Reflex erst allmählich, oft erst nach einer halben Stunde, und erlangt dann in einzelnen Fällen eine grössere Intensität, als unter normalen Verhältnissen.

Kurella.

---

480) **Bechterew**: K woprassu o sapissywajuschtschem sposobje usledowanija ssuchožylnych refleksow i ob ismenij ich pri duśewnych bolesnijach. (Ueber die graphische Darstellung der Sehnenreflexe und ihre Veränderung bei Geisteskrankheiten.) (Wratsch. No. 16. 1891.)

Die Mittheilung enthält Erläuterungen über die Leistungen des von B. construirten Reflexographen, betont die Möglichkeit, mit ihm die Periode der latenten Reizung zu messen, und giebt einige vorläufige Mittheilungen über Versuchsresultate, speciell über die der vorstehend besprochenen Untersuchungen Wassiljew's.

Kurella.

---

481) **A. H. Wright** (Toronto): The emotional element in the puerperal period. (The journal of nervous and mental disease. May 1891.)

Verf. zeigt an der Hand von mehreren sprechenden Beispielen, wie im Wochenbette trotz eines sonst ganz günstigen Verlaufes eine psychische Alteration genügt, um beträchtliche Puls- und Temperatursteigerung (bis über 40° Grad) hervorzurufen, Symptome, die bei geeigneter Behandlung (Beruhigung der Kranken), binnen 24 Stunden in der Regel wieder völlig verschwinden. Ebenso glaubt Verf., dass längere Beunruhigung allein Geisteskrankheiten hervorzurufen vermag. Die therapeutischen Folgerungen hieraus ergeben sich von selbst.

Strauscheid.

---

482) **Emil Redlich** (Wien): Die Amyloidkörperchen des Nervensystems. (Jahrbücher f. Psych. Bd. X, Heft 1.)

Verfassers ausgedehnte Untersuchungen über die Amyloidkörperchen lassen sich folgenderweise zusammenfassen: Die Ak. sind mattglänzende, homogene, kugelige oder ellipsoide Gebilde, die manchmal eine Sonderung in einen centralen Kern und eine periphere Schale, niemals aber eine wirklich concentrische Schichtung zeigen. Sie geben die bekannte Jod-Schwefelsäure-Reaction, und nehmen mit Hämatoxylin, gleichwie die Kerne, eine blaue Farbe an. Sie sind im ganzen Centralnervensystem, am zahlreichsten jedoch im Tractus olfactorius zu finden. Verfasser acceptirt die Ansicht Rindfleisch's, dass die Ak. aus den Kernen des Gliagewebes durch eine eigenthümliche Umwandlung hervorgehen, und bestreitet die Richtigkeit jener Auffassung, laut welcher die Ak. aus Nervenfasern sich entwickeln würden. Sie treten für gewöhnlich im Rückenmarke zuerst in den Dreissigerjahren auf, über den Vierzigerjahren vermisst man sie nie, meist sind sie im höheren Alter in sehr grosser Anzahl vorhanden. Sie stellen demnach eine Alterserscheinung des Nervensystems dar. Ein Einfluss pathologischer, auch chronischer Processe auf ihr Erscheinen und ihre Häufigkeit ist in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht zu constatiren.

Schaffer (Budapest).

---

483) **A. Cramer** (Eberswalde): Anatomischer Befund im Gehirn bei einer Kohlenoxydgasvergiftung. (Centralblatt f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie, 1891.)

Ein 71jähriges, erblich nicht belastetes, geistig und körperlich vollständig gesundes Weib wurde in einer Nacht infolge von zu frühzeitigem Schliessen der Ofenklappe durch Kohlenoxydgas vergiftet, worauf sie am dritten Tage starb. Die histologische Untersuchung des Centralnervensystems ergab: 2) in der Rinde diffus verbreiteten Faserschwund, 2) die Erkrankung der Ganglienzellen der Rinde, 3) die Entartung eines Theiles der Gefässe in Stammganglien, Pons und Medulla, und 4) eine diffuse Wucherung der Glia im gesammten Mark des Grosshirns und an einer kleinen Stelle in der Decke des Aquaeductus Sylvii. Verfasser erblickt in diesem Befunde von der Kohlenoxydgasvergiftung abhängige Alterationen.

Schaffer (Budapest).

---

484) **Klippel**: Des lésions de la moëlle dans la scoliose de l'enfance.
(Gazette hebdomadaire, No. 13. p. 150. 1891. — Mitgetheilt in den Annales de Médecine, 18 Juillet 1891.)

Bei drei von Kindheit an Scoliotischen fand sich eine Asymmetrie der Vorderhörner des Markes in Folge Atrophie oder Entwicklungshemmung auf einer Seite. Dem Sitze derselben entsprach Atrophie einzelner Muskeln und Knochen. Die Scoliose erklärt Verfasser als trophische Störung in Folge der genannten Veränderung der Vorderhörner; er weist auf die Bedeutung der Scoliose für andere Rückenmarkserkrankungen, die Kinderlähmung, die Syringomyelie, die Friedreich'sche Krankheit hin. In allen beobachteten Fällen fiel der Sitz der Erkrankung mit den Innervationscentren der Thoraxmuskeln zusammen, worin Verf. den Grund für die bei Scoliotischen so häufige Kurzathmigkeit und Cyanose sieht. Ofterdinger.

---

485) **Nolda**: Sclerosis cerebrospinalis im Kindesalter und deren Beziehungen zu den acuten Infectionskrankheiten.
(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. 1891. No. 5.)

Der erste Fall von multipler Sklerose im Kindesalter ist 1871 von Schüle beobachtet worden, seitdem noch 18 Fälle, bei denen zehnmal acute Infectionskrankheiten als Ursache auftreten. In 85 % von 7 seit Unger's Publication beschriebenen Fällen schliesst sich nun die Sklerose unmittelbar an vorausgehende Infectionskrankheiten an, und zwar dreimal an Diphtherie. N. weist darauf hin, dass nach Marie und Oppenheim die Sklerose sich sehr häufig bis in's frühe Kindesalter zurückverfolgen lasse, und räth, noch in 1—2 Jahren auf das Vorkommen der multiplen Sklerose bei Personen zu achten, die an Influenza gelitten haben. Kurella.

---

486) **L. Laquer** (Frankfurt a/M.): Ueber Radialiskrampf.
(Berl. Kl. Wochenschrift. 1891. Nr. 30.)

Der Fall, den L. mittheilt, ist besonders interessant durch seine Heilung und die Art und Weise, wie dieselbe zu Stande kam.

Bei einem neuropathisch belasteten 45jährigen Kaufmann, welcher schon

lange an chronischen Verdauungsbeschwerden gelitten hatte, trat im Jahre 1877 ein heftiger Schreibkrampf auf, dazu gesellten sich allmählich eine Reihe neurasthenischer Beschwerden, welche das Allgemeinbefinden sehr herabsetzten. Eine Carlsbader Kur im Jahre 1886 brachte nur vorübergehende Besserung. In Folge der Manipulationen eines Schreibkrampfkünstlers, welcher in 41 Sitzungen mit Drücken, Kneten und Zerren die Vorderarm- und Oberarmmuskulatur maltraitirte, begannen December 1886 krampfhafte Zuckungen in den Extensoren des rechten Vorderarms, welche immer häufiger und intensiver wurden, schliesslich alle vom N. radialis versorgten Muskeln des Vorderarms und der Hand ergriffen und mit heftigen, bis in den Oberarm und in die Schulter ausstrahlenden Schmerzen verbunden waren. Bei stärkeren Zuckungen der Extensoren erfolgten einzelne Mitbewegungen im Biceps, Deltoideus und in der Schultermuskulatur, aber auch in ruhigeren Stunden bemerkte man ein Uebersprungen von leichten, fibrillären Zuckungen auf die Schultermuskeln. Nachts hörten die Zuckungen ganz auf.

Jede medicamentöse und physikalische Behandlung blieb ohne Erfolg. Der Kranke kam durch sein Leiden, das als rein functionell angesehen werden musste, psychisch und körperlich sehr herunter. Nach achtmonatlicher Dauer hörten die Krämpfe Mitte August 1887 plötzlich auf und sind (bis zum Juli 1891) nicht mehr wiedergekehrt. L. schreibt die Heilung besonders der ausserordentlichen Furcht des Kranken vor der Operation der Nervendehnung, welcher er sich demnächst unterziehen wollte, verbunden mit der Suggestion zu, welche L. auf den ihm drei Wochen vor der Heilung begegnenden und sein Leid klagenden Kranken ausübte, indem er ihm den freundlichen Rath ertheilt, sich einige Tage lang möglichst ruhig im Bett zu halten; dann werde er eines schönen Tages aufwachen und der Arm werde nicht mehr zucken. So geschah es auch.

L. knüpft an diesen Fall einige Bemerkungen über Hypnose. Während er von derselben meist nur Verschlimmerungen gesehen hat, haben geduldiges „Gut Zureden“ und andere psychische Behandlungsmethoden [Suggestion] öfter vollkommen zum Ziel geführt. Hoppe (Allenberg).

---

487) **L. v. Frankl-Hochwart** (Wien): Ueber sensible und vasomotorische Störungen bei der rheumatischen Facialislähmung.

(Neurol. Centralbl. 1891. No. 10.)

Unter 20 Fällen von rheumatischer Facialislähmung (plötzlich aufgetretene einseitige Lähmung bei Zugluft), welche zum Theil der leichten, zum Theil der mittelschweren, zum Theil der schweren Form Erb's angehörten, boten 10 Fälle keinerlei Störungen von Seiten der sensiblen oder der vasomotorischen Nerven, 3 Fälle Störungen beider, 5 Fälle Störungen der sensiblen allein, 2 Fälle der Gefässnerven allein. Immer war die ganze Gesichtshälfte betheiligt, einige Male auch die betreffende Backen- und Zungenschleimhaut, nie aber in erheblicher Weise, so dass manche Patienten erst bei der Untersuchung aufmerksam darauf wurden: leise Berührungen wurden nicht so gut empfunden, Stiche schmerzten weniger, Temperaturunterschiede kamen nicht deutlich zur Geltung. Die vasomotorischen Störungen waren jedoch in einzelnen Fällen durch starkes Gedunsensein der betreffenden Gesichtshälfte, Schwellung am unteren Augenlide, Farbenunterschied (porcellanartiger Glanz),

Erweiterung der Gefässe, zuweilen durch Temperaturerhöhung recht auffallend. Diejenigen Kranken, welche diese Störungen selbst bemerkt hatten, gaben an, dass sie gleichzeitig mit der Lähmung aufgetreten waren. Einige Mal wurden auch Geschmacksstörungen beobachtet. Mit Ausnahme eines Falles schwanden die erwähnten Störungen rasch, was F. zur Vermuthung Anlass giebt, dass auch in den 10 Fällen, wo sensible und vasomotorische Störungen nicht nachgewiesen werden konnten, dieselben möglicherweise vor der Zeit der Behandlung vorhanden gewesen sind.

Zur Erklärung dieser Nebenerscheinungen nimmt F. auf Grund der bisherigen experimentellen und klinischen Erfahrungen an, dass der Facialis beim Menschen sensible und vasomotorische Fasern führt.

Hoppe (Allenberg).

---

488) **W. Erb** (Heidelberg): Zur Aetiologie der Tabes.
(Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 29.)

Seit 1883, wo er in der Berl. kl. W. einen gleichlautenden Aufsatz veröffentlicht hat, hat E. 370 neue Fälle von Tabes beobachtet und besonders bezüglich ihres Zusammenhangs mit Lues untersucht. Die schon damals von ihm behauptete und jetzt ziemlich allgemein anerkannte ätiologische Abhängigkeit der Tabes dorsalis von der Lues wird durch dieses grosse Material auf das glänzendste bestätigt. Der Statistik des Sanitätsberichtes über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich, wonach unter den tabischen Militärpersonen nur 7,4 % früher sicher syphilitisch waren, setzt E., indem er die völlige Unzuverlässigkeit und Unbrauchbarkeit dieser Statistik überzeugend nachweist, seine eigene Statistik über 51 tabische Offiziere (resp. Militärärzte und Militärbeamte) entgegen. Von diesen 51 Fällen waren früher sicher inficirt 49 = 96,08 % (und zwar mit secundärer Lues 40 = ca. 80 %, mit Schanker allein 9), nicht inficirt 2 (diese beiden hatten aber früher den Tripper) = weniger als 4 %. Von 300 Kranken aus den höheren Ständen, die sehr zuverlässiges und gleichmässiges Material bilden, waren

1. ohne jede nachweisbare Infection . . . . . 11 %
2. mit sicherer syphilitischer Infection . . . . . 89 %
   davon a) mit sicherer secundärer Lues . . . . 63,3 %
   b) mit Schanker ohne bemerkte Secundärerscheinungen . . . . . 25,7 %

Dabei waren unter den 33 „Nichtinficirten“ 19 auf Lues verdächtig (Plaquesnarben an Mundwinkeln und Zunge, Narben am Penis, Rachenaffectionen, Aborte und Todgeburten der Frauen) und 24 hatten früher eine Tripperaffection durchgemacht (die meisten sogar mehreremal), so dass nur 9 Fälle = 3 % übrig bleiben, die keinen Anhaltspunkt für Lues ergaben.

Zusammengenommen mit den früheren (im Jahre 1883 veröffentlichten) 200 Fällen ist das Ergebniss der Statistik über 500 Fälle:

„Nichtinficirte“ . . . . . 10,8 %
Inficirte . . . . . 89,2 %

Bei den 50 Fällen unter den niederen Ständen zeigten sich:

„Nichtinficirt“ . . . . . 12 = 24 %
Inficirt . . . . . 38 = 76 %
davon a) mit secundärer Syphilis . . . . . 26 = 52 %
b) blos mit Schanker . . . . . 12 = 24 %

also die Zahl der Inficirten wesentlich höher, als bei den besseren Ständen, wobei aber E. mit Recht die Unzuverlässigkeit der Angaben bei Personen dieser Stände betont, so dass die Zahl der Inficirten wahrscheinlich als erheblich grösser anzunehmen ist.

Was die Zeit des Auftretens der Tabes nach stattgehabter Infection betrifft, so ergab sich aus den 300 Fällen, ähnlich wie aus den früheren 200, dass die Tabes der vorausgegangenen Infection in einer gewissen zeitlichen Entfernung, am häufigsten in 6—15 Jahren folgt (bei 88 % aller Fälle beginnt die Tabes in den ersten 20 Jahren nach der Infection).

Um die Gegenprobe zu machen, hat E. bei 5500 Männern meist der bessern Stände, die an den verschiedensten, in einer innern Klinik vorkommenden Krankheiten litten (eingeschlossen der Dem. paralytica), untersucht und nur 22,5 % früher Inficirte (darunter mit sec. Syphilis 12,1 %) gefunden gegenüber den 89,2 % früher Inficirten bei Tabeskranken.

Daraus folgt nach E. als einfacher Ausdruck der Thatsachen, „dass die Syphilis eine ganz hervorragende Rolle in der Aetiologie der Tabes spielt und dass fast nur diejenigen Personen Gefahr laufen, tabisch zu werden, welche früher syphilitisch inficirt gewesen sind.“

Bei den 19 Frauen (9 aus den höheren, 10 aus den niederen Ständen) konnte Syphilis sicher nachgewiesen werden in 9 = 48,4 %, war sie fast sicher oder wahrscheinlich in 8 Fällen = 42,1 %, nicht nachweisbar in 2 = 10,5 %, so dass auch von den tabischen Frauen ca. 89,5 % als früher inficirt angesehen werden können.

Gegenüber der Lues treten in der Statistik des Verfassers die anderen Schädlichkeiten (ohne die Syphilis) ganz erheblich zurück: (zusammen 32 Fälle), während dieselben bei luetisch gewesenen Individuen häufiger verzeichnet sind. Danach ist die Syphilis für E. unzweifelhaft die häufigste und wichtigste Schädlichkeit, während die übrigen Momente nur äusserst selten allein in der übergrossen Mehrzahl der Fälle nur zusammen mit der Syphilis die Tabes verursachen können.

Was nun diese Momente anbetrifft, so ergiebt die Statistik Erb's, dass die directe Heredität gar keine, die neuropathische Belastung, sowie die eigene Nervosität des Kranken nur eine untergeordnete Rolle bei der Aetiologie der Tabes spielt; ebenso zeigten Erkältungen und Strapazen so gut wie gar keine Bedeutung für die Entstehung der Lues; schwer dagegen fallen sexuelle Excesse, Missbrauch von Alkohol und Tabak und Trauma in's Gewicht. Bezüglich der einzelnen Berufsarten der Tabiker ist das gewaltige Ueberwiegen der Kaufleute (207 von 550) auffallend, demnächst auch das der Officiere (50 von 550) und vielleicht durch die relativ grössere Häufigkeit der specif. Infection bei diesen Ständen zu erklären; aus dem recht zahlreichen Stande der Geistlichen fand sich nur ein Tabeskranker, und dieser war syphilitisch.

Von anderen interessanten Beobachtungen in dem Materiale E.'s sind zu erwähnen das Auftreten von Tabes in ganz ungewöhnlichem Alter in drei Fällen, wo auch die Lues in ganz ungewöhnlichem Alter acquirirt worden war, das Vorhandensein florider, syphilitischer Symptome bei bereits manifester Tabes in 4 Fällen und die höchst bezeichnende Erscheinung, dass zwei Eheleute sich zuerst mit Syphilis inficirten und später beide tabisch wurden in 3 Fällen.

Hoppe (Allenberg).

489) **F. Hirschberg** (Berlin): Ueber Sehstörungen durch Gehirngeschwulst. (Neurolog. Centralblatt 1891, Nr. 15.)

H. beschreibt in dem recht bemerkenswerthen, die Sehstörungen bei Gehirnschwülsten methodisch behandelnden Aufsatze einige bisher noch nicht oder nicht genügend beobachtete Symptome. Er betont, dass die Sehstörungen recht häufig vor den Localsymptomen entstehen und zusammen mit dem Hirndruck, resp. der doppelseitigen Stauungspapille ein wesentliches Zeichen der Grundkrankheit bilden.

H. nennt drei verschiedene Arten von Sehstörungen:

I. die anfallsweise auftretende und rasch vorübergehende Erblindung (epileptische Amaurose) als ziemlich regelmässige Begleiterin der Hirngeschwulst. Sie dauert bis 2 Minuten, wiederholt sich 6—8mal des Tages oder viel häufiger und ist zuweilen durch ihre Häufigkeit recht quälend für den Kranken; manchmal zieht sich der Anfall über $^1/_2$ Stunde und selbst über mehrere Stunden hin.

II. Dauernde Störungen durch Affectionen in der Hirnsubstanz:

1. gleichnamige Halbblindheit für beide Augen (durch Zerstörung des einen oder beider Sehcentren in einem Hinterhauptslappen oder der Sehstrahlung oder der aus der Hirnsubstanz hervortretenden Hirnnerven), selten theilweise Halbblindheit (bei Ausfall nur eines Theils des betreffenden Sehcentrums).
2. gekreuzte Schläfen-Halbblindheit (Scheuklappenkrankheit), die zur Stockblindheit führt, bei Geschwülsten im vorderen oder hinteren Chiasmawinkel.

III. Dauernde Sehstörungen, die im Augeninnern bedingt sind:

1. Vergrösserung des blinden Flecks (in Folge der Stauungspapille).
2. Gesichtsfeldbeschränkung, die gelegentlich (bei frischen Fällen) nach einer Hauptrichtung auf einem Auge ganz plötzlich auftritt (H. führt sie auf Abschneidung der Blutzufuhr in den Endarterien der Retina zurück) und im weiteren Verlaufe auf allen Seiten (unregelmässig) sich zeigt.
3. Herabsetzung der centralen Sehschärfe durch anatomische Veränderungen der Netzhautmitte (kleine Blutungen, Heerde, Fältelungen) oder stärker durch Unterbrechung der zur Netzhautmitte gehenden Nervenfasern. Beim Fortschreiten der Grundkrankheit kommt es mit Verlust des Formen- und Farbensinns (während der Lichtsinn länger erhalten bleibt) zur vollständigen Erblindung.

Die Arbeit schliesst mit der Beschreibung zweier interessanter Fälle, von welchen der erste alle drei Arten von Sehstörungen und noch fast keine Ausfallserscheinungen von Seiten des Nervensystems zeigt.

Hoppe (Allenberg).

---

490) **Adler** (Breslau): Beitrag zur Kenntniss der selteneren Formen von sensorischer Aphasie. (Neurolog. Centralbl. 1891. No. 10 u. 11.)

Der Fall, der von A. mitgetheilt wird, bietet die bisher noch nicht beschriebene Combination von subcorticaler und transcorticaler sensorischer Aphasie.

Ein 47jähriger Feldarbeiter, in dessen Anamnese sich keine Anhaltspunkte für seine Krankheit finden liessen, wurde, nachdem er zuerst im März 1882 in der Nacht einen epileptoiden Anfall von einstündiger Dauer gehabt hatte, von dem er am nächsten Morgen nichts wusste, im Feb. 1888 mitten in seiner Beschäftigung plötzlich unter Schwindel ganz rathlos und sprachtaub („ich bin verrückt, versteh' von der Welt nichts mehr"). Auch wenn er selbst (fliessend und verständig) sprach, fand er oft ein Wort nicht oder wendete ein falsches an. Er las (bis dahin gut) von nun an nur mühsam und ohne Verständniss, ebenso war das Sehvermögen hochgradig gestört. Wegen heftigen Schwindelgefühls lag er 13 Wochen im Bett. Im Laufe eines Jahres schwand die Sprachtaubheit, während die Störungen der willkürlichen Sprache, der Sehkraft und des Schriftverständnisses sich nur sehr wenig besserten.

Bis zum September 1890 war er wieder völlig arbeitsfähig, obgleich er häufig an Schwindelgefühl und in letzter Zeit an heftigen Kopfschmerzen litt. Unter furchtbaren Kopfschmerzen entwickelte sich Anfang September 1890 von neuem Sprachtaubheit, an welche sich nach kurzer Intermission Mitte September eine linksseitige Hemiplegie, die nach einiger Zeit schwand, und eine mit heftigen Delirien einhergehende Geistesstörung anschlossen. Mitte October hörten die Delirien auf.

Stat. praes. vom Novbr. 1890: Völlige Sprachtaubheit („ja, hören thu ich's, aber ich versteh's nicht") bei geringer Aufmerksamkeit für Geräusche, ohne dass die Hörprüfung eine wesentliche Abschwächung des Hörvermögens nachweisen kann (geringer chronischer Mittelohrcatarrh) und ohne Defect für hohe Töne. Schallerscheinungen (Geräusche), Instrumentalmusik erkennt und interpretirt er richtig, Melodieen aber nicht. Worte können nicht nachgesprochen werden. Die völlig willkürliche Sprache geht fliessend von statten, während bei der Benennung ihm vorgelegter Gegenstände, die er immer richtig erkannte, manchmal Störungen (Unfähigkeit das Wort gleich oder überhaupt zu finden) und öfters Paraphasien entweder in der Richtung der Klangähnlichkeit oder der begrifflichen Verwandtschaft sich herausstellten. Ebenso bei im übrigen fliessender Lesefähigkeit manchmal Paralexien (Verwechseln ähnlich aussehender Buchstaben), das Verständniss des Gelesenen sehr stark beeinträchtigt. Während das Abschreiben aus Currentschrift fliessend geschieht, gelingt das Umsetzen von Druckschrift in Currentschrift nur mangelhaft (Paragraphien, häufig auch werden Buchstaben unvollendet gelassen). Noch hochgradigere Störungen zeigen sich bei schriftlicher Bezeichnung von Objecten, ebenso ist das spontane Schreiben sehr beeinträchtigt.

Beiderseits sehr starke Gesichtsfeldeinengung ohne Beschränkung des Orientirungsvermögens, also jedenfalls auf Anaesthesia retinae beruhend.

Sensibilität und Motilität intact (nur linker Händedruck etwas schwächer). Klagen über Sausen und Schmerzen in der rechten Kopfhälfte.

Die Combination von Sprachtaubheit und Verlust des Nachsprechens führt A. auf subcorticale sensorische Aphasie zurück (die corticale Aphasie bleibt wegen der mechanischen Lesefähigkeit und der geringen Störungen der willkürlichen Sprache ausgeschlossen), den Verlust des Schriftverständnisses, die Paraphasien und Paralexien auf eine Unterbrechung der transcorticalen Bahnen. Die Schriftstörung (Paragraphien), sowie die Anaesthesia retinae erklärt A. aus einer Herabsetzung der Erregbarkeit der optischen Rindenfelder.

Den Anfall im Frühjahr 1888 interpretirt A. als transcorticale sensorische Aphasie. Bezüglich einzelner interessanter Details verweist Ref. auf das lesenswerthe Original. Hoppe (Allenberg).

---

491) **Lacroix**: Sur un cas d'aphasie motrice et sensorielle.
(Lyon médical, no. 39 p. 107. 28 septembre 1890. — Mitgetheilt in Annales de Médecine. No. 18. 20. Mai 1891.)

Ein bisher gesunder, 71jähriger Mann erkrankte an rechtsseitiger Hemiplegie mit Anästhesie und frühzeitig eintretenden Contracturen; dabei bestand vollständige Aphasie. Die Krankheitserscheinungen entwickelten sich sehr rasch, und der Kranke starb sehr bald. Bei der Section fand man wider Erwarten nur 3 kleine, scharf abgegrenzte Erweichungsheerde, wovon der eine im centrum ovale, der zweite oberflächlich auf der Mitte der zweiten Parietalwindung, der dritte in der hinteren Partie der ersten Schläfenwindung sass. Die Aphasie machte eine Untersuchung des Intellects unmöglich. Von den zwei corticalen Erweichungsheerden entspricht der erste genau dem Sitze der Wortblindheit, der zweite dem der Worttaubheit. Nach Pitres kann Aphasie auf einer Verletzung des centrum ovale bei intacter dritter linker Stirnwindung beruhen, was anscheinend der Broca'schen Theorie widerspricht; die Aphasie entsteht hierbei aus einer Verletzung des unteren Pediculofrontalbündels, welches weisse Fasern aus dem Broca'schen Centrum erhält.
Ofterdinger (Rellingen).

---

492) **E. A. Homen** (Helsingfors): Ein typischer Fall von Paramyoclonus multiplex. (Neurol. Centralbl. 1891. No. 13.)

Ein 29jähriger Käthnersohn aus Finnland, hereditär nur insofern belastet, als der Vater in der Jugend starker Alkoholist gewesen war, war bis zum 15ten Lebensjahre gesund. Die Krankheit begann allmählich mit Zuckungen zuerst in den Oberschenkeln, dann in den Oberarmen; dieselben traten besonders Abends vor dem Einschlafen und Morgens vor dem Erwachen auf. Körperliche Ruhe, Gemüthsbewegung, Kälte, resp. Erkältungen vermehrten, leichtere Arbeit und Bewegung verminderten die Zuckungen, denen bisweilen ein halbstündiges leichtes, bei schweren Anfällen ein mehrstündiges Schwitzen mit folgendem Frostschauer vorausging. Nur nach sehr starken Zuckungen wurden zuweilen dumpfe Schmerzen in den ergriffenen Theilen empfunden. Mässiger Gebrauch von Spirituosen verminderte die Zuckungen wenigstens für einige Stunden, während dem Erwachen aus einem Rausche mehrstündige starke Zuckungen folgten.

Stat. praes. im Jan. 1891: Kräftiger, etwas anämischer Mensch mit normaler Intelligenz und normalen Sinnen. Hochgradige Zuckungen, Sprache für gewöhnlich etwas schwer, bei andauernden Zuckungen steif und zeitweilig von singultusähnlichen Inspirationsgeräuschen unterbrochen. Zeitweilig deutliche Muskelzuckungen in der Zunge, seltener leichte Zuckungen der Gesichtsmuskulatur (hauptsächlich in der unteren Lippe). Dann und wann plötzlich eintretende nicht fibrilläre Zuckungen gewisser einzelner Muskeln des Stamms, gewöhnlich symmetrisch, wenn auch nicht stets isochron, oft so rasch nacheinander wechselnd, dass die verschiedensten uncoordinirten Bewegungen entstehen. In den oberen Extremitäten gewöhnlich Deltoideus, Biceps und

Triceps, oft auch Supinator longus, am Oberschenkel am meisten Quadriceps, weniger oft der Semimembranosus und Semitendinosus betroffen (und sehr häufig die entsprechenden Bewegungen auslösend); am Stamm sind die Pectorales und die beiden Recti abdominis besonders betroffen. In den beiden Rückenstreckern oft so starke Zuckungen, dass der Kranke beim Sitzen nach rückwärts fällt.

Die klonischen Muskelzuckungen zuweilen isolirt, zuweilen in Serien von 5—10 (in wenigen Secunden); zweimal häuften sie sich bis zu kurzen tetanischen Krämpfen. Die Zuckungen im allgemeinen um so stärker, je mehr Muskeln gleichzeitig befallen sind. Im Schlafe wurden nur einigemal leichte Zuckungen beobachtet. Am besten sind dieselben durch Fusskitzeln, zuweilen durch heftige Dorsalflexion des Fusses und durch Anwendung von Kälte an den Muskeln der betreffenden Stelle hervorzurufen. Muskelkraft, mechanische und elektrische Muskel- und Nervenirritabilität normal. Hautreflexe nicht nennenswerth, dagegen die Sehnenreflexe bedeutend erhöht.

Nach Bromkali verminderten sich die Zuckungen auf 10—12 Tage bedeutend und kamen nach einigen Tagen nur hin und wieder, hauptsächlich im Quadriceps, vor; die Sehnenreflexe verringerten sich dabei wieder bis zur gewöhnlichen Stärke. Einen noch günstigeren Effect hat Chloral 1,0 Morgens und Abends. Auch subcutane Injectionen von Cocaïn mur. (0,05 — 0,08) wirkten relat. günstig. Hyoscin hydrobrom. dagegen steigerte regelmässig die Zuckungen.

Indem H. auf die ausserordentliche Uebereinstimmung dieses Falles mit dem bereits früher von ihm veröffentlichten (Archive de Neurologie 1887) und dem Friedreich'schen Falle hinweist, nimmt er im Widerspruch mit Strümpell, welcher diese Fälle als besondere Erscheinungsformen der Hysterie ansieht (zumal da in seinen Fällen jeder Zusammenhang mit Hysterie ausgeschlossen werden konnte), eine Krankheit sui generis an, die einige Verwandtschaft mit dem Tic convulsif zeigt und wahrscheinlich von einer erhöhten Irritabilität der spinalen (inclusive der bulbären) Reflexcentra abhängig ist. Die Wirksamkeit des Chlorals, Bromkalis und Cocaïns (gegenüber dem auf motorische Reizerscheinungen wirkenden Hyoscin) scheinen H. dafür zu sprechen, dass der Sitz der erhöhten Irritabilität mehr der sensible als der motorische Theil des Reflexapparates ist. Hoppe (Allenberg).

---

493) **L. Stembo** (Wilna): Ein Fall von Gilles de la Tourette'scher Krankheit. (Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 28.)

St. beschreibt unter Anführung der Literatur einen Fall der von Gilles de la Tourette als Krankheit sui generis beschriebenen und von ihm als „affection caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie" definirten seltenen Affection.

Der Fall betrifft einen 37jährigen Mann mosaischer Confession, welcher hereditär in mässigem Grade belastet, im 15ten Lebensjahre zu masturbiren angefangen (auch nach seiner Verheirathung im 18ten Lebensjahre nicht ganz aufgehört) und zuerst im 16ten Lebensjahre leichte Zuckungen am Nacken und Halse bemerkt hatte. Dieselben verbreiteten sich dann weiter auf Gesicht und rechten Arm, etwas später auf den linken Arm und beide untere Extremitäten, wozu dann noch Störungen von Seiten der Sprache und

des Zwerchfells kamen. Seit 1884 ist der Zustand ziemlich unverändert geblieben.

Stat. praes. Bei längerer Beobachtung treten eine Reihe von Zuckungen und Bewegungen auf in der Gesichtsmuskulatur (obere und mittlere Facialis), in der Muskulatur der Zunge (wobei bei halbgeschlossenem und geschlossenem Mund Zischlaute wie „hst“ und „pst“ hörbar werden und manchmal etwas Speichel hervorgestossen wird; zuweilen kommen auch heftige Exspirationsstösse) im Gebiete der N. accessorii (heftige Bewegungen des Kopfes nach der Seite und nach hinten) manchmal in einen Sternocleido mastoideus (zugleich mit den Zungenbewegungen „als wolle der Kranke über eine Schulter spucken“) und alle vom N. radialis versorgten Muskeln. Geringer und seltener sind die Zuckungen in der unteren Extremität (im Gebiet der peronei). Eine häufige Zwangsbewegung besteht darin, dass der Kranke den Zeige- und Mittelfinger der linken Hand an die vorgestreckte Zunge streicht und die so befeuchteten Finger am Nacken und am Kopfhaar abtrocknet. Ausserdem besteht zwangsweises Sprechen (Echolalie und Coprolalie). Alle Zuckungen resp. Bewegungen werden bei Ablenkung der Aufmerksamkeit geringer, können durch starke Muskelanspannungen (z. B. Anstemmen des Rückens an eine Wand) auf kurze Zeit unterdrückt werden und schwinden im Schlafe ganz. Sensibilität, Hautreflexe normal, Sehnenreflexe erhöht, besonders links, elektrische und mechanische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven gesteigert; bedeutende Neigung zu Schweissen. Durch centrale Galvanisation und elektrische Bäder hat St. in diesem Falle eine wesentliche Besserung erzielt.

Interessant ist, dass ein Sohn dieses Mannes, ein 16jähriger Mensch, bereits die Anfänge der Krankheit zeigt.

St. erwähnt übrigens noch kurz einen zweiten Fall, der früher von ihm beobachtet worden ist, einen 14jährigen neuropathisch stark belasteten, masturbirenden Knaben betraf und neben psychischen Störungen mit eigenthümlichen Zuckungen im ganzen Körper, gewissen coordinirten Bewegungen und häufigem Bellen (bei Aerger) einherging.

Im Anschluss an diesen Fall schildert St. Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie, welche bekanntlich ziemlich aussichtslos ist.

Hoppe (Allenberg).

---

494) **Goldstein** (Aachen): Ein seltener Fall von Nephritis und schweren Gehirnerscheinungen nach acuter Infection.

(Internat. Centralbl. für die Phys. und Path. der Harn- und Sexualorgane. 1891. p. 93.)

Ein vorher völlig gesunder Mensch von 40 Jahren, der zwei Tage vorher einen Excess in Baccho begangen und zehn Tage vorher mit animaler Lymphe revaccinirt war, erkrankt plötzlich unter leichten Fiebererscheinungen. Es stellt sich Aphasie ein, die mindestens zwölf Stunden anhält, es tritt tiefes Coma mit epileptiformen Convulsionen auf, das nach mehrtägigem Bestehen einer akuten hallucinatorischen Verwirrtheit (vom Verf. fälschlich als Manie bezeichnet) Platz macht. Gleichzeitig gibt der Urin Eiweissreaction und zeigt mikroskopisch hyaline Cylinder und hat anfänglich erhöhtes spec. Gewicht. Nach 14 Tagen ist die ganze Krankheit überstanden.

Offenbar hat in diesem Falle der Trinkexcess die Gelegenheitsursache dazu abgegeben, dass die durch die Impfung bedingte Infection zu einer

acuten infectiösen Nephritis und gleichzeitig damit und vielleicht in Abhängigkeit hiervon zu einer schweren Gehirnreizung führte.

Strauscheid.

---

495) **P. Sollier et Malapert** (Paris): Contracture volontaire chez un hystérique. (Nouvelle iconographie de la Salpêtr. No. 2. 1891.)

Ein 35jähriger Seiltänzer, der schwer erblich belastet war zu Nervenkrankheiten, vermochte mehrere Muskelgruppen seines Körpers willkürlich in einen Contracturzustand zu versetzen. Der Pat. ist ein starker Trinker, seine linke Körperhälfte ist durchaus anästhetisch, die rechte hypästhetisch. Ebenso ist der Pharynx vollkommen unempfindlich. Der Artist vermag willkürlich seine Vorderarmmuskulatur (beiderseits) derart in Contractur zu versetzen, dass seine Hand eine Klauenstellung annimmt; in diesem Zustand verharrt sie ohne irgendwelche Anstrengung auch bei erheblicher Belastung Stunden lang, ganz genau wie bei einer pathologischen Contractur. Ebenso vermag Pat. die Abdominal- und Thoraxmuskeln wie das Zwerchfell derart zu fixiren, dass die Brusteingeweide stark nach oben gedrängt werden, der Thorax ausserordentlich gewölbt ist. Trotzdem alsdann die pneumographische Curve der Thorax wie der Abdominalrespiration eine fast gerade Linie darstellt, vermag Pat. doch diesen Zustand 1/4 Stunde lang zu ertragen und dabei umherzugehen, zu sprechen, zu lachen und zu pfeifen. Wie so minimale Respirationen auf so lange Zeit die Lebensfunctionen zu erhalten im Stande sind, erscheint rätselhaft. Im übrigen kann der Kranke den Zustand zu jeder Zeit lösen.

Strauscheid.

---

496) **Frederick P. Henry** (Philadelphia): A case of myxoedematoid dystrophy (paratrophy). (The journal of nervous and mental disease. March 1891.)

Eine 63jährige Frau litt seit 14 Jahren zunächst an circumscripten Wucherungen des subcutanen Fettgewebes, welche allmählich sich in die Breite ausdehnten und im Laufe der Jahre eine ganz unförmliche Anschwellung des Rumpfes und der Extremitäten herbeigeführt hatten, so dass Patientin dauernd an das Bett gefesselt war. Das Gesicht war von diesen Wucherungen verschont geblieben, während bei Myxoedem ja gerade dort in der Regel eine charakteristische Aenderung einzutreten pflegt; cretinoïde Symptome fehlten auch völlig. Verf. schlägt vor, die vorliegende Affection mit dem Namen Paratrophie zu bezeichnen. Eine Behandlung derartiger Störungen giebt es einstweilen nicht.

Strauscheid.

---

497) **O. Lannelongue** (Paris): De la craniectomie chez les microcéphales, chez les enfants arriérés et chez les jeunes sujets présentant, avec ou sans crises épileptiformes, des troubles moteurs ou psychiques.

(Nouvelle iconogr. de la Salpêtr. 1891. Mars et Avril.)

Eine sehr interessante vorläufige Mittheilung, die aber die Mängel aller derartig überstürzter Publicationen hat, dass sie auf die meisten Fragen, welche bei näherer Betrachtung des Gegenstandes an uns herantreten, auch nicht die kleinste Antwort giebt. Der berühmte Pariser Chirurg hat es

nämlich unternommen, bei vorzeitiger Verknöcherung der Schädelnähte, bei Schädelhyperostosen, wie bei traumatischen Schädelanomalien, ferner bei allen circumscripten Meningeal- und Corticalaffectionen, die mit Bestimmtheit localisirt werden können, durch linienförmige, hufeisenförmige, T-förmige oder ähnliche ca. 1 cm breite, oft recht lange Schädelausschnitte dem Gehirn freien Raum zu verschaffen oder es von den verschiedenen pathologischen raumbeengenden Processen zu befreien; natürlich schliessen sich unter Umständen Meningeal- resp. Corticaloperationen an. L. hat 25 Operationen gemacht, davon eine mit letalem Ausgange. Von den übrigen hofft und glaubt er, beträchtliche Verbesserungen erzielt zu haben. Natürlich bleibt alles Weitere abzuwarten, wie man später wohl auch hoffen darf, eine Krankengeschichte zu erfahren. Strauscheid.

---

498) **Helen W. Bissel** (St. Paul): Two cases of epileptiform convulsions in early infancy. (The journal of nerv. and mental disease. March 1891.)

Verf. erzählt kurz die Krankengeschichte von zwei Säuglingen, von denen der eine innerhalb 14 Tagen 366, der andere innerhalb 4 Tagen 183 epileptiforme Anfälle hatte. Dieselben waren ohne nachweisbare Ursache plötzlich aufgetreten und verschwanden ebenso plötzlich wieder, ohne auf die weitere Entwicklung der Kinder anscheinend auch nur den geringsten störenden Einfluss zu üben. Strauscheid.

---

499) **Morton Prince** (Boston): Association neuroses: A study of the pathology of hysterical joint affections, neurasthenia and allied formes of neuromimesis. (The journal of nervous and mental disease. May 1890.)

Verf. zeigt an einer Reihe von interessanten Beispielen den grossen Einfluss, den psychische Vorgänge, welche dem Bewusstsein bald mehr, bald weniger deutlich werden, auf das Zustandekommen der mannigfachsten Krankheitssymptome trotz des Fehlens jeder pathologisch-anatomischen Grundlage, nicht nur bei hysterischen, sondern auch bei neurasthenischen oder an verwandten Neurosen leidenden Individuen haben, und sucht die einzelnen psychischen Vorgänge hierbei des Näheren zu analysiren.

Strauscheid.

---

500) **Mathieu,** Astasie et abasie chez un hystérique. (Gazette des Hôpitaux Nr. 97, p. 897, 1890. Mitgeth. in Annales de Médecine, 13. Mai 1891.)

Ein an schwerer Hysterie leidender Mann kam mit Zittern der Beine in Krankenhausbehandlung. Nach wenigen Tagen wurde auch der übrige Körper von Zittern ergriffen, so dass der Kranke nicht mehr gehen konnte. Dieser Zustand dauerte drei Monate und wiederholte sich später mehrmals. Den Anfällen der Abasie ging häufig Nachts ein eigenthümliches Gefühl von Unruhe voran. Seltener folgten denselben epileptiforme Krämpfe der Glieder. Das Gleichgewicht war meist gestört, weil der Kranke das Vertrauen in die Gehfähigkeit verloren hatte. Charcot unterscheidet „forme trépidante“, wozu der vorliegende Fall gehört, die paralytische Form, bei welcher die Beine dem Körpergewicht nachgeben, und die atactische Form der Abasie, welche nicht sowohl durch eine atactische Coordinationsstörung,

als vielmehr durch eine krankhafte Ungeschicklichkeit und Unsicherheit der Bewegungen charakterisirt ist. Die einfache Abasie kann für sich bestehen; dagegen kommt Astasie ohne Abasie nicht vor. Häufig äussert sich die Gehstörung nur durch Hinken. Im vorliegenden Fall konnte man die Abasie durch Augenschliessen hervorbringen. Bei den meisten Hysterischen kann durch Suggestion das Bild einer fast vollständigen Abasie erzeugt werden.

Ofterdinger (Rellingen).

---

501) **Bouveret,** Spasmes cloniques du pharynx (oesophagie hystérique). (Revue de médecine Nr. 2, p. 148, 1891. Mitgetheilt in Annales de Médecine, 13. Mai 1891.)

Eine 39jährige Hysterica erkrankte an Anfällen, welche aus krampfhaften, geräuschvollen, rasch aufeinander folgenden Schluckbewegungen bestanden; zwischendurch wurde die Luft aus dem stark aufgetriebenen Magen mit grossem Geräusch wieder ausgestossen. Bei jedem Anfall machte der Pharynx 3—4 unfreiwillige Schluckbewegungen, dann kurze Pause, Wiederholung, so dass 40—60 Schluckbewegungen in der Minute gezählt wurden. Jeder Anfall dauerte 2—3 Minuten, dann trat ebenso lange Pause ein. Der Pharynx war hyperästhetisch; die Berührung desselben rief einen Anfall hervor.

Ofterdinger (Rellingen).

---

502) **Giraudeau,** Rétrécissement mitral et hystérie. (Archives générales de médecine, Novembre 1891. Mitgeth. in den Annales de Médecine, 13. Mai 1891.)

Unter acht mit Mitralstenose behafteten Männern fand Verf. drei mit Hemianästhesie mit oder ohne Krampfanfälle. Hiervon litt einer vor mehreren Jahren an Rheumatismus. Alle drei waren schwächlich. Vier männliche Hysterische mit zahlreichen Anfällen litten an Mitralstenose, welche entweder angeboren oder in der Kindheit erworben war. Verf. sieht in diesen Verhältnissen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Mitralstenose und Hysterie mit häufigen Anfällen bei Männern.

Ofterdinger (Rellingen).

---

503) **Chevalier,** Contribution à l'étude des troubles de la motilité et de la pathogénie du goitre exophthalmique.

(Kowalewsky's Archiv, XVII, 3, p. 111.)

Von den bei Morb. Basedowii zur Beobachtung kommenden motorischen Störungen sind manche nur accidentell. Mit dem Wesen der Krankheit hängen zusammen: Tremor, epileptiforme und choreaartige Erscheinungen, das Graefe'sche und Stellwag'sche Zeichen, verschiedene Paresen, bulbäre Lähmungserscheinungen, besonders Ophthalmoplegien und Tachycardie. Ch. erklärt letztere Erscheinungen als nucleare Paralysen, so die Tachycardie durch eine Affection des Vaguskerns, Struma und Exophthalmus dagegen durch die Tachycardie. Der Verlauf des Leidens und seine Verwandtschaft mit den grossen Neurosen beweist nach Ch.'s Meinung, dass sein Sitz in den höheren, besonders den bulbären Nervencentren zu suchen ist. Die Ursache des ganzen Complexes sucht der Verf. in einer Intoxication des Nervensystems durch Producte der Schilddrüse.

Kurella.

---

504) **Th. Zichen** (Jena): Leitfaden der physiologischen Psychologie in 14 Vorlesungen. Mit 21 Abbild. Jena, Gustav Fischer 1891. 176 S. M. 4.

Der Werth eines Psychiaters wird heutigen Tages bemessen nach Gehirnschnitten, Tinctionsmethoden und pathol.-anatomischen Präparaten, die er anzufertigen und auszuführen versteht, nicht nach seinem Vermögen, die Irrgänge der erkrankten Seele psychologisch zu analysiren. Der moderne Psychiater arbeitet im „Laboratorium" am todten Gehirn, die physiologisch-psychologischen Vorgänge an lebender Seele liegen ihm seitwärts.

Unter solchen Umständen gehört ein gewisser Muth dazu, Vorlesungen über physiolog. Psychologie anzukündigen und ein Buch über diese Materie zu schreiben, denn es ist mit ziemlicher Sicherheit anzunehmen, dass diese Vorlesungen nicht besucht, diese Bücher nicht gelesen werden. Die Studirenden haben dazu auch kaum die nöthige Zeit.

Z.'s Leitfaden ist als eine That zu begrüssen und zu empfehlen. Wer sich für das Verständniss pathologischen Seelenlebens vorbereiten will, wird das Buch mit steigendem Interesse und zu seiner Belehrung durchlesen. Dasselbe war in erster Linie für den Psychiater bestimmt, ebenso wie das Studium der krankhaften psychischen Erscheinungen den ersten Anstoss zu den psychologischen Studien des Verfassers gegeben hat. In seiner jetzigen Form ist es zwar für den grösseren Kreis der Naturwissenschaftler und Aerzte eingerichtet, es hat aber die Berücksichtigung der psychischen Vorgänge bei Geisteskranken vornehmlich beibehalten. Denn — wie Verf. mit Recht betont — wie eine Carricatur einen einzelnen Charakterzug klar hervortreten lässt, so zeigt die Geisteskrankheit bald diesen, bald jenen Zug des psychischen Lebens in besonders instructiver Schärfe, gewissermassen aus dem Wirrsal der übrigen psychischen Erscheinungen herausgelöst.

Verf. hat sich von der in Deutschland dominirenden Weise Wundt's abgewendet und sich mehr an die englische Associationspsychologie angeschlossen; er hat damit einen Weg betreten, auf dem die Leser dieses Blattes unseren verehrten Mitarbeiter Münsterberg wiederholt begegnet sind. Dem Buche kommt diese Schwenkung sehr zu Nutze; es sei hiermit nochmals eindringlichst empfohlen. Die Ausstattung ist des Verlegers durchaus würdig. E.

---

505) **Ch. Féré,** Médecin de Bicêtre. Les épilepsies et les épileptiques. Paris. Felix Alcan, éditeur, 1890.

Auf breitester Basis angelegte Monographie über Epilepsie, die in seltener Vollständigkeit die gesammte Literatur über Pathologie, Symptomatologie und Therapie jenes nur zu häufigen Leidens bis zur jüngsten Zeit berücksichtigt und dabei die zahlreichen eigenen Beobachtungen und Untersuchungen des rühmlichst bekannten Verfassers in interessanter Weise verwerthet.

Verf. behandelt im Uebrigen nicht nur die sogenannte idiopathische Epilepsie, sondern gerade auch die symptomatischen und sympathischen Erscheinungsformen derselben, die als Reflexepilepsie, als Jackson'sche Epilepsie, als Eclampsie, als infantile hemiplegische Epilepsie etc. bekannt sind. Er steht überhaupt auf dem Standpunkt, dass das Gebiet der idiopathischen Epilepsie als einer allgemeinen Neurose mit den weiteren Fort-

schritten der Pathologie immer mehr eingeschränkt werden wird zu Gunsten der organisch begründeten Epilepsie.

Die Fülle der Einzelheiten, die Verf. mittheilt, ist zu gross, als dass ein Referat über dieselben gegeben werden könnte. Es stellt ja überhaupt das Féré'sche Werk den augenblicklichen Status des ärztlichen Wissens über die verschiedenen „Epilepsien" dar und wird daher verdientermaassen eine weite Verbreitung finden, so dass das Original ohne besondere Schwierigkeit eingesehen werden kann. Besonders sei hier noch der therapeutische Abschnitt desselben erwähnt, der in seltener Vollständigkeit die erprobtesten Methoden der Epilepsiebehandlung bespricht. Zweifellos ist die Prognose nicht mehr so ungünstig, wie sie meistenteils angesehen wird.

Das Werk umfasst beiläufig 636 Seiten und ist sehr gut ausgestattet. Elf photographische Tafeln und zahlreiche andere Abbildungen und Tabellen unterstützen die elegant geschriebene Darstellung, die jedem Neurologen empfohlen werden kann. Sommer (Allenberg).

---

506) **O. Dornblüth** (Bunzlau): Die gegenwärtig üblichste Eintheilung der Geisteskrankheiten. (Münch. med. Wochenschrift, 22. 1891.)

Die kurze und klare Darlegung der Hauptformen der psychischen Störungen enthält für den Specialisten nichts Neues. Strauscheid.

---

507) **Barwinski** (Elgersburg): Ueber Dementia paralytica mit besonderer Berücksichtigung ihres Prodromalstadiums.

(Mittheilungen aus der Wasserheilanstalt zu Bad Elgersburg, 1890/91.)

Verf. giebt einen kurzen lesenswerthen Ueberblick über den derzeitigen Standpunkt unseres Wissens über die Paralyse, wobei die Initialsymptome besonders eingehend besprochen werden. Daran knüpft sich eine interessante Statistik über 65 Fälle von Paralyse, welche längere oder kürzere Zeit in der vom Verf. geleiteten Wasserheilanstalt behandelt wurden. Aus den mancherlei interessanten Angaben mag hier nur erwähnt werden, dass von den 65 Patienten 54 sicher Syphilis gehabt hatten, dass bei 7 Kranken frühere Lues mehr oder weniger wahrscheinlich war, und dass nur in 4 Fällen jeder Anhalt für eine frühere specifische Infection fehlte.

Strauscheid.

---

# V. Tagesgeschichte.

— **Personalien.** — Dr. A. Meyer, bisher II. Arzt der Irrenanstalt zu Osnabrück, ist zum Director der Herzogl. Sachsen-Altenburgischen Irren- und Krankenanstalt in Roda ernannt worden. — Dr. Bateman in Norwich, bekannt durch seine Monographie über Aphasie, ist zum Mitglied der französischen Akademie der Medicin gewählt worden.

— Aus **Württemberg.** — Am 14. Juni d. J. starb nach längerem Leiden im Alter von 53 Jahren der Geh. Hofrath Dr. Flamm, Director der Privat-Irrenanstalt zu Schloss Pfullingen. Im Jahre 1871 hatte er nach dem Tode seines Vaters dessen Anstalt mit 11 Kranken übernommen; bei seinem Tode hatte die Anstalt einen Bestand von rund 560 Kranken.

— **Zum neuen preussischen Irrengesetz.** — Wir haben zu wiederholten Malen und ausführlich in der April-Nummer darauf hingewiesen, dass die Abänderung des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz einen erheblichen Einfluss auf die weitere Entwicklung der Irrenfürsorge in Preussen haben würde. Zur Illustrirung dieser Verhältnisse theilen wir hier folgendes officiöse Communiqué aus der „Schlesischen Zeitung“ mit.

„Um Abgang und Zugang in den provinziellen Irrenanstalten endlich einmal in das richtige Verhältniss zu bringen, ist bekanntlich die Errichtung einer neuen grossen Provinzial-Irrenanstalt und zwar möglichst in einem der am Eulengebirge gelegenen mittelschlesischen Kreise geplant worden. In der Verfolgung dieses Planes sind auch schon bei der Provinzialverwaltung zahlreiche Angebote von mehr oder minder für solche Anstaltszwecke geeigneten Grundstücken eingegangen. Der Provinzial-Ausschuss hat jedoch bisher gezögert, der Ausführung des Planes praktisch näher zu treten, anfangs weil er erst abwarten wollte, ob nicht durch die Einrichtung der Irrenpflegestation Tost und einige Erweiterungen in den anderen Anstalten dem Bedürfnisse Genüge geschehen könnte. Neuerdings dürfte der Provinzial-Ausschuss durch den Erlass des Gesetzes vom 16. Juli d. J. „betreffend Abänderung der §§ 31, 65 und 68 des Gesetzes zur Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1881“ zu weiterem Zögern bestimmt werden. Dieses am 1. April 1893 in Kraft tretende Gesetz bestimmt im Wesentlichen Folgendes: „Die Land-Armenverbände sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hülfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Land- und Stadtkreise können mit Genehmigung des Oberpräsidenten die Fürsorge für hülfsbedürftige Geisteskranke, Idioten, Epileptische, Taubstumme und Blinde in eigenen Anstalten übernehmen.“ Es werden also durch dieses Gesetz den Landarmenverbänden (deren Schlesien zwei besitzt, einen für den Stadtkreis Breslau, den anderen für das übrige Schlesien) neue und schwere Pflichten auferlegt, und zwar vielfach auf Gebieten, welche bisher in unserer Provinz der freien Liebes- und der Vereinsthätigkeit, wenn auch durchweg unter umfangreicher materieller Beihülfe des Provinzialverbandes, vorbehalten waren. Es ist bekannt, dass die Blinden- wie die Taubstummenpflege in Schlesien in den Händen von vier Vereinen liegen, deren einer, die ganze Provinz umfassend, die Blindenanstalt in Breslau

leitet und unterhält, während die drei Vereine für den Unterricht und die Erziehung Taubstummer sich gegenseitig nach den Regierungsbezirken abgegrenzt haben und Anstalten in Ratibor, Breslau und Liegnitz besitzen. In Folge der oben angezogenen neuen gesetzlichen Bestimmungen wird die Provinz sich mit diesen Vereinen auseinandersetzen und den besten Theil der Aufgaben, welche dieselben bisher in erfolgreichster Weise zu lösen verstanden haben, auf sich nehmen müssen. Die Fürsorge für Idioten und Epileptische ist zur Zeit noch vorwiegend Sache der Privatunternehmung. Es wird für die Provinzialverwaltung nicht leicht sein, sichere statistische Unterlagen für den voraussichtlichen Bedarf an neuen Provinzialanstalten besonders für Epileptische und für Idioten zu gewinnen, und obschon die Frist bis zum Inkrafttreten der neuen Bestimmungen nicht gerade kurz bemessen ist, so hat doch der Provinzial-Ausschuss ersichtlich ein grosses Maass von Arbeit vor sich, wenn er rechtzeitig das Erforderliche vorbereiten will. Der nächste Provinzial-Landtag für Schlesien, der sich nach alledem wahrscheinlich in hervorragender Weise mit den in dem angezogenen Gesetze der Provinz gestellten neuen Aufgaben zu befassen haben wird, tritt voraussichtlich schon im März 1893 zusammen."

— **Den Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung des Missbrauchs geistiger Getränke,** veröffentlichte der „Deutsche Reichsanzeiger" am 26. Aug. 1891. — Die ersten zehn Paragraphen desselben enthalten im Wesentlichen Bestimmungen, durch welche der Kleinhandel und der Ausschank von Branntwein an eine Concession gebunden ist, die vom Nachweis des vorhandenen Bedürfnisses abhängt. § 10 verbietet die Verabreichung geistiger Getränke an Betrunkene und offenkundige Gewohnheitstrinker. Sehr einschneidende Bestimmungen enthält der hier abgedruckte Theil II des Entwurfs.

II. Privatrechtliche Bestimmungen.

§ 11. Gast- und Schankwirthe dürfen geistige Getränke zum Genuss auf der Stelle nicht auf Borg verabreichen. Die vorstehende Bestimmung findet auf die Verabreichung geistiger Getränke seitens der Gastwirthe an ihre zur Beherbergung aufgenommenen Gäste, sowie auf die Verabreichung von geistigen Getränken, welche üblicher Weise als Zubehör zu Mahlzeiten verabfolgt werden, keine Anwendung. Die Bestimmung des Abs. 1 findet entsprechende Anwendung auf die Lieferung von Branntwein oder Spiritus im Kleinhandel, sofern nicht die Lieferung mit Bezug auf den Geschäftsbetrieb des Empfängers erfolgt. Forderungen für Getränke, welche den vorstehenden Bestimmungen zuwider verabfolgt sind, können weder eingeklagt noch in sonstiger Weise geltend gemacht werden.

§ 12. Wer in Folge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt oder die Sicherheit Anderer gefährdet, kann entmündigt werden.

Der Entmündigte steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das Kindesalter überschritten hat. Seine Fähigkeit zu letztwilligen Anordnungen wird durch dieses Gesetz nicht berührt. Der Entmündigte erhält einen Vormund. Auf die Vormundschaft finden die für Alters-Vormundschaft geltenden Vorschriften entsprechende Anwendung. Der Vormund kann den Bevormundeten mit Genehmigung der Vormundschaftsbehörde in eine Trinkerheilanstalt unterbringen. Macht der Vormund von dieser Befugniss ungeachtet eines vorliegenden Bedürfnisses keinen Gebrauch, so kann die Unterbringung von der Vormundschaftsbehörde angeordnet werden. Die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn keiner der im Abs. 1 bezeichneten Gründe mehr vorliegt. Auf das Verfahren finden die Bestimmungen über die

Entmündigung von Verschwendern (§§ 621—627 der Civilprocessordnung) mit der Maassgabe Anwendung, dass eine Mitwirkung der Staatsanwaltschaft in demselben Umfange stattfindet, wie sie für das Verfahren bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit in den §§ 595 Abs. 2, 597 Abs. 3, 602, 604, 607, 616, 619, 620 Abs. 2 der Civilprocessordnung vorgeschrieben ist.

Auch die §§ 18, 20 u. 21 enthalten Bestimmungen über die Unterbringung von Trunksüchtigen in Trinkerheilanstalten:

§ 18. Mit Geldstrafe bis zu 100 Mark oder mit Haft bis zu vier Wochen wird bestraft, wer in einem selbstverschuldeten Zustand ärgernisserregender Trunkenheit an einem öffentlichen Orte betroffen wird.

Ist der Beschuldigte dem Trunke gewohnheitsmässig ergeben, so tritt Haft ein.

§ 20. Im Falle des § 18 Abs. 2 finden die Bestimmungen des § 362 Abs. 2 u. 3 des Strafgesetzbuchs mit der Maassgabe Anwendung, dass an Stelle der Unterbringung in ein Arbeitshaus und der Verwendung zu gemeinnützigen Arbeiten die Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt tritt.

§ 21. Ist auf Grund des § 361 Abs. 5 des Strafgesetzbuchs die Verurtheilung wegen Trunkes erfolgt und auf Ueberweisung an die Landespolizeibehörde erkannt, so tritt an Stelle der Unterbringung in ein Arbeitshaus und der Verwendung zu gemeinnützigen Arbeiten die Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt.

Die Reichsregierung beabsichtigt, diesen Entwurf zunächst der Begutachtung des demnächst zusammentretenden Juristentages und des deutschen Vereins zur Bekämpfung des Missbrauchs geistiger Getränke zu unterbreiten; es ist zu hoffen, dass diese Gutachten sich auch über die Organisation der von dem Entwurf vorausgesetzten Trinkerheilanstalten verbreiten werden.

— Aus **Beth-El.** — Es geht uns ein lithographirtes Circular des Herrn Pastor v. Bodelschwingh, in dessen Person sich bekanntlich der Einfluss und die socialen Verbindungen des Gottesmannes mit denen des Ritters vereinigen, zu, dem einige interessante Druckschriften zugefügt sind. In dem Circular wird mitgetheilt, dass man in Beth-El an's Werk gegangen ist, für ca. 100 blödsinnige epileptische Mädchen ein Haus zu bauen, dass dazu aber noch 70—80000 Mark fehlen. Wir können unsern Lesern nicht empfehlen, ihr „Scherflein für dieses Werk der Erbarmung beizutragen", sind aber überzeugt, dass der Bielefelder Klingelbeutel recht bald die nöthige Summe beherbergen wird, zumal wir einer der Mittheilungen entnehmen, dass allein zur Erbauung einer Capelle für die landwirthschaftliche Colonie der Epileptiker eine barmherzige Wittwe 6000 Mark geschenkt hat, und dass im vorigen Jahre ein Freund Beth-El's anstatt des gewohnten Jahresbeitrags von 1000 einen solchen von 25000 Mark gegeben hat.

Wir entnehmen der Mittheilung Nr. 43, dass Beth-El in den 24 Jahren seines Bestehens 3300 Epileptiker aufgenommen hat, von denen 228 geheilt, 762 gebessert und 526 durch Tod aus der Anstalt ausschieden. Jetzt wohnen in 39 Familienhäusern Beth-El's 12—26 Epileptische, 61 nur blödsinnige Pfleglinge und 65 andere Nervenleidende. Was für Nervenleidende das sind, illustrirt Mittheilung Nr. 39, in der ein neu errichtetes Tobhaus für weibliche Geisteskranke beschrieben und abgebildet wird. Es bestätigt sich also, was zu erwarten war, dass nämlich Herr Pastor v. Bodelschwingh darauf ausgeht, auch die Irrenpflege für sich und seine Diakonen zu monopolisiren. Da ist es denn nothwendig hervorzuheben, dass in allen uns vorliegenden Drucksachen nicht ein einziges Mal von einem Anstaltsarzte oder auch nur von ärztlicher Behandlung der Kranken im Allgemeinen die Rede ist. Bei dem glänzenden Erfolge der von Beth-El aus betriebenen Collecte

darf man gar nicht zweifeln, dass Herr v. Bodelschwingh, wenn er nur will, durch sein bekanntes und bewundernswerthes Organisationstalent bald die nöthige Einrichtung schaffen wird, um ebensoviel Geisteskranke wie Epileptische unter seine Obhut zu bringen. Es ist nicht anzunehmen, dass in der Behandlung Geisteskranker die Anstalt Beth-El dem Arzte den Platz einräumen wird, der ihm in der Behandlung Epileptischer verweigert wird. Bedenkt man, dass Herr v. Bodelschwingh jetzt schon zahlreiche Geisteskranke verpflegt, so drängt sich unwillkürlich die Frage auf, ob denn der Freiherr und Pastor über dem Gesetz steht, und ob Privatanstalten, in denen Irre von Aerzten behandelt werden, im höheren Grade sanitätspolizeilicher Controle unterworfen sein müssen, als solche unter geistlicher Leitung. Ref. hat selbst eigenthümliche Erfahrungen über das Schicksal Geisteskranker in Diakonissenanstalten gemacht, die darauf hindeuten, dass christliche Sanftmuth und kräftige Zwangsmaassregeln sich in überraschender Weise mit einander vertragen. Diese Erfahrungen bilden einen Theil der Gründe, aus denen wir unsern Lesern nicht empfehlen können, ihr Scherflein (resp. Brocken) zu dem Bau eines Hauses für 100 blödsinnige Mädchen beizutragen.

Unterzeichneter hat schon einmal an anderer Stelle Gelegenheit genommen, Herrn v. Bodelschwing's Rathschläge für Epileptische hell zu beleuchten, ohne dass aus Beth-El eine Antwort erfolgt wäre. Vielleicht erfahren wir diesmal, welchen Platz man in Beth-El in Zukunft der ärztlichen Behandlung gegenüber der wachsenden Zahl der Geisteskranken einräumen will. Kurella.

— **Die criminelle Anthropologie als Lehrgegenstand in Italien.** — Professor Morselli in Genua kündigt für das nächste Semester einen „Corso libero“ (Privatissimum) der criminellen Sociologie und forensischen Psychologie an, der zwei Jahre dauern soll, und mit Uebungen in Strafanstalten und in der Irrenanstalt, resp. Klinik, verbunden sein soll. Das sehr ausführliche Programm dieses Curses ist in extenso in der „Rivista di Filosofia Scientifica“ publicirt. Morselli führt darin aus, dass der bio-anthropologische Standpunkt bei der Erforschung der Criminalität zu einem sociologischen erweitert werden müsse. Den clou des Programms bildet der Entwurf zu dem Abschnitte „Theoretische criminelle Sociologie“ mit den Abtheilungen:

I. Das Verbrechen. II. Die Verbrecher.

Die Inhaltsangabe lässt erkennen, dass alle Fragen der Strafrechtstheorie, der Criminalstatistik, der Verbrecher-Anthropologie und des Gefängnisswesens bis zu den neuesten Ermittelungen behandelt werden sollen.

— Zu **Ehrenmitgliedern der niederländischen Vereinigung für Psychiatrie** sind ernannt worden: Charcot, Féré und Magnan in Paris, Kowalewsky in Charkow.

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 October.** Neue Folge II. Band.


## I. Original-Vereinsberichte.

### Bericht über die Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Weimar am 18. und 19. September 1891 und über die psychiatrisch bemerkenswerthen Vorträge bei der Naturforscher-Versammlung in Halle.


Von Dr. R. SOMMER, Assistenten an der psychiatrischen Klinik in Würzburg.


I. Weimar.

Am 18. und 19. Sept. fand in Weimar die Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte statt. Die Wahl des Ortes und der Zeit war im Hinblick auf die vom 21. Sept. an in Halle tagende Naturforscher-Versammlung geschehen, eine Combination, welche sich vortrefflich bewährt hat. Ganz abgesehen von der Bequemlichkeit, mit welcher bei dieser Anordnung beide Versammlungen nacheinander besucht werden konnten, ergänzten sich die Verhandlungen der psychiatrisch-neurologischen Section in Halle und des Vereins der deutschen Irrenärzte in Weimar derart, dass sie sich als ein ideelles Ganze darstellen, und dass es angebracht erscheint, über beide gemeinsam zu berichten.

In Bezug auf die Versammlung in Weimar muss zunächst die zahlreiche Betheiligung hervorgehoben werden. Abgesehen von der grossen Zahl der Erschienenen machte sich als sicherstes Zeichen der allgemeinen Interessenahme eine grosse Lebhaftigkeit und Reichhaltigkeit der Debatten bemerkbar. Der wesentliche Charakter der Verhandlungen schien mir in dem deutlich hervortretenden Bestreben zu liegen, auch nach sehr abweichenden Meinungsäusserungen doch zu einer Einigung und positiven Stellungnahme des Vereins zu gelangen. Dieses Bestreben berührte um so wohlthuender, als es sich bei dieser Versammlung zum grössten Theil gerade darum handelte, in wichtigen

socialen Angelegenheiten durch geschlossene Meinungsäusserung ein Gewicht in die Wagschale zu legen. In dieser Beziehung sind besonders die Verhandlungen über Zurechnungsfähigkeit und Verbrecherthum, ferner über Trunksucht mit Bezug auf Zurechnungsfähigkeit, schliesslich zur Fürsorge für Epileptische hervorzuheben.

508) Als Referent über das erste Thema sprach **Pelman.**

Ausgehend von Lombroso's berühmtem Buche, „der verbrecherische Mensch", führte er aus, wie man bei allen Ausstellungen, die man im Einzelnen auch gegen Lombroso und seine Ansichten erheben könne, ihm das grosse Verdienst unbestritten lassen müsse, die Untersuchung auf den ganzen Menschen ausgedehnt und alle Stände für diese Frage interessirt zu haben.

Noch sei die Criminal-Biologie eine zu junge Wissenschaft, um schon viele Früchte gezeitigt zu haben, und sichere Ergebnisse habe sie nur in beschränktem Maasse aufzuweisen.

Immerhin aber dürfen wir im Gewohnheitsverbrecher ein entartetes Individuum vor uns sehen, d. h. ein solches, in dem sich in Folge zahlreicher krankhafter Zustände, die das Gehirn- und Nervensystem der Ascendenz beeinflusst haben, ein abnormer geistiger und moralischer Zustand entwickelt hat. Neben Geburt und Erziehung wirken als drittes Moment die umgebenden äusseren Verhältnisse ein.

Nur wo die individuellen Verhältnisse den Ausschlag geben, können wir hoffen, in der körperlichen oder geistigen Eigenart des Verbrechers den Schlüssel zu der von ihm begangenen Handlung zu finden. Er kann alsdann ein Kranker sein. In anderen Fällen zeigt der Verbrecher nicht gerade eine nachweisbare Geistesstörung, aber doch gewisse stigmata hereditatis; es bestehen Anomalien, aber keine eigentliche Krankheit.

Und endlich treffen wir auf Verbrecher ohne jede psychische Abnormität, wo ethische Verkehrtheit und sociale Ursachen, Nachahmung und Verführung zur Erklärung des Zustandes ausreichen.

Der Begriff der Zurechnungsfähigkeit liegt streng genommen ausserhalb des Bereiches der ärztlichen Sachverständlichkeit. Noch weniger ist die Verantwortlichkeit ein wissenschaftlicher Begriff, und mit der freien Willensbestimmung ist erst recht nichts anzufangen.

Der Vortragende führt diese Sätze weiter aus, — weist darauf hin, dass eine verminderte Zurechnungsfähigkeit überhaupt nicht annehmbar sei; man kann sie nur zugeben oder bestreiten, aber keine Grade derselben aufstellen.

Die freie Selbstbestimmung ist entweder vorhanden oder sie ist nicht vorhanden, ein Drittes giebt es nicht.

Wohl aber tritt hier die Frage nach der Schuld ein, und diese kann in verschiedenem und somit auch in vermindertem Grade vorliegen.

Hier kommen uns die Bestrebungen der Strafrechtslehrer entgegen, und wir dürfen die Hoffnung hegen, dass der medicinische Sachverständige es in der Zukunft weit besser hat, als dies zur Zeit der Fall ist. Wenn erst der Begriff der Strafe ein anderer geworden und man sich gewöhnt hat, in dem Verbrecher einen Menschen zu sehen, der, sei es durch Krankheit oder durch sittliche Verkommenheit, nicht mehr in die menschliche Gesellschaft passt und in der einen oder anderen Weise aus ihr entfernt werden muss, dann werden wir nicht mehr über die alten Begriffe streiten, und mit diesen Be-

griffen wird auch jede Veranlassung zu einem Gegensatze zwischen Sachverständigem und Richter geschwunden sein. (Autoreferat.)

509) Der Correferent **Mendel** erklärte sich mit den Ausführungen des Vorredners einverstanden und hob einige Punkte derselben noch scharf hervor. Zunächst verschärfte er die Verneinung der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Er betont die Thatsache, dass notorisch Geisteskranke bestraft wurden. Am schwierigsten liegen die Verhältnisse bei einer Reihe von Verbrechern, welche nicht geisteskrank sind, aber doch als belastet, minderwerthig, neuropathisch angesehen werden müssen. Die grössten Uebelstände sind bedingt durch die Art des Strafvollzuges. Besonders werden die Vagabunden zur Zeit zu Verbrechern gezüchtet.

Es wird Aufgabe der Psychiater sein, in Bezug auf Veränderung des Strafvollzuges greifbare Vorschläge zu machen. Die Individualisirung in der Behandlung von Gefangenen wird nur einem psychiatrisch Gebildeten möglich sein. Die Zuziehung von psychiatrischen Sachverständigen in die Direction der Strafanstalten erscheint erforderlich. Besonders schwierig erscheint die Frage der Unterbringung und Behandlung bei den Menschen, bei welchen ein Gemisch von Geisteskrankheit und Verbrecherthum existirt, ohne dass die verbrecherischen Handlungen direct aus der Geisteskrankheit entspringen. Deren Unterbringung scheint am besten in Adnexen an Strafanstalten vorgenommen zu werden. Vor Allem betonte der Vortragende, dass die meisten Verbrecher nicht geborene Verbrecher im Sinne Lombroso's sind, sondern es im Laufe des individuellen Lebens unter dem Einfluss bestimmter socialer Verhältnisse werden. Die Gesellschaft züchtet das Verbrechen. Die Gesellschaft bereitet das Verbrechen vor, der Verbrecher führt es aus. Es resultirt daraus vor Allem die Forderung einer zielbewussten socialen Gesetzgebung. Ob dadurch das Verbrechen ganz weggeschafft werden kann? Jedenfalls muss die bürgerliche Gesellschaft durch eine vernünftige sociale Gesetzgebung bestrebt sein, die Veranlassung zum Verbrechen möglichst zu beseitigen.

Die Debatte bezog sich wesentlich auf folgende Punkte:

1) auf den Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit;

2) auf das allgemeine Princip des Determinismus;

3) auf die Competenz des Irrenarztes in Bezug auf die Frage der Zurechnungsfähigkeit.

Der Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit war von Pelman und Mendel in übereinstimmender Weise verworfen worden. Schaefer-Lengerich suchte ihn zu vertheidigen. Es erhob sich zunächst eine interessante Debatte im Hinblick auf einen bestimmten Fall, in welchem eine Epileptische in Bezug auf eine verbrecherische Handlung für gemindert zurechnungsfähig erklärt worden war. Auf Grund dieses Gutachtens war die Person verurtheilt worden, musste jedoch alsbald wieder aus dem Gefängniss in die Irrenanstalt gebracht werden. Hierbei traten die Folgen, welche eine Legitimisirung des Begriffes der geminderten Zurechnungsfähigkeit haben würde, deutlich hervor. Das Motiv, aus welchem Psychiater diesen Begriff vertreten, entspringt anscheinend aus folgendem Grunde: Wir sehen als Psychiater öfter, dass Menschen verurtheilt werden, welche nach unseren Begriffen pathologisch sind, ohne dass sie direct als geisteskrank erklärt werden können. Diesen könnten wir durch den Begriff der geminderten

Zurechnungsfähigkeit wenigstens zu einem verminderten Strafmaass verhelfen. In Wahrheit aber würde die Folge einer gesetzlichen Anerkennung der „geminderten Zurechnungsfähigkeit", wie in dem erwähnten Falle hervortrat, die sein, dass eine Menge notorisch Geisteskranker, im Falle eines Verbrechens, an Stelle direct der Irrenanstalt überwiesen zu werden, als „gemindert zurechnungsfähig" dem Strafrichter ausgeliefert würden.

Der Vertheidiger des Begriffes der geminderten Zurechnungsfähigkeit suchte ferner das allgemeine Princip des Determinismus, welches dem Sinne nach besonders von Pelman schon deutlich gekennzeichnet war, noch schärfer hervorzuheben. Verbrechen erklärt er für eine gesetzmässige physiologische Erscheinung. Die Theorie der Vergeltung muss aufhören. Es giebt keine Schuld, wohl aber soll es Selbstschutz der Gesellschaft gegen schädliche Individuen geben.

Der dritte Kernpunkt der Debatte war die Frage nach der Competenz des Psychiaters in Bezug auf die Frage der Zurechnungsfähigkeit. Mendel hatte diese Competenz verneint. Hierbei wies besonders Tucsek auf den Conflict hin, in welchen der Begutachter kommen kann zwischen der Anschauung, wonach die Beantwortung der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit nicht innerhalb der ärztlichen Competenz liegt, und den Anforderungen seitens des Richters und Staatsanwaltes. Derselbe hält eine Ablehnung der Zurechnungsfrage seitens des ärztlichen Gutachters nicht für opportun, wenn sie auch principiell genommen über die Competenz des Arztes hinausgeht.

Der gemeinsame Boden, auf welchem sich alle Redner bewegten, war der deterministische Grundgedanke, dass alle Handlungen, auch die verbrecherischen, Glieder einer natürlichen Causalkette sind, dass also aus dem Begriff der Strafe das Moment der Vergeltung entfernt werden muss, wenn auch die Nothwendigkeit des Selbstschutzes der Gesellschaft in allen Fällen bleibt.

510) Bei der Verhandlung über Trunksucht mit Bezug auf Zurechnungsfähigkeit bezog sich der Referent **Jolly** auf den bekannten Entwurf eines Trunksuchtsgesetzes und warf zuerst die Vorfrage auf: „Besteht überhaupt ein Nothstand?" Ist die Trunksucht ein so erhebliches sociales Uebel, dass sie mit den vorhandenen Mitteln nicht mehr bekämpft werden kann? Juristen haben es nicht zugegeben, bei Irrenärzten kann kein Zweifel darüber sein. Von den Männeraufnahmen betreffen ein Viertel Alkoholisten. Vielleicht ist seit einigen Jahren ein Stillstand eingetreten. Für Berlin ist seit 1888 keine Zunahme zu bemerken. Es erhebt sich die Frage, ob die erhöhte Alkoholbesteuerung Ursache davon ist. Im besten Fall bedeutet es nur minimale Besserung. Abgesehen von der grossen Anzahl alkoholistischer Geistesstörungen, werden viele Verbrechen durch Alkoholismus veranlasst; der Ruin vieler Familien und der resultirende Pauperismus lassen ihn vollends als sociale Krankheit erscheinen, welche gesetzgeberisch bekämpft werden muss. Der Redner wendete sich nun zu einer eingehenden Kritik des vorliegenden Entwurfs und schloss mit einer Reihe von Thesen, welche die Grundlage für die später von der Versammlung gebilligten Resolutionen bildeten.

Der Correferent Landgerichtsrath **Roller** (Constanz) gab eine Geschichte der strafrechtlichen Beziehungen des Alkoholismus und erörterte die juristische

Seite der Angelegenheit ausführlich. Wir behalten uns vor, über diesen Vortrag und über Jolly's Kritik des Gesetzentwurfes später ausführlich zu referiren.

In der Discussion behandelte zunächst Bär die von Jolly angeregte Frage, ob die Erhöhung der Branntweinsteuer eine Abnahme der Trunksucht bewirkt habe. Nach den für Berlin festgestellten Zahlen muss dieser Zusammenhang behauptet werden. Bär hebt besonders hervor, dass eine überraschende Anzahl von zum Theil schweren Verbrechen, besonders gegen Person und Sittlichkeit durch Alkohol bedingt erscheinen. Redner vertheidigt eine erweiterte Competenz des Psychiaters in solchen Fragen und begrüsst die Stellungnahme des Vereins zu dem Gesetzentwurf. Er findet dessen Eigenthümlichkeit in dem Zusammenwirken aller Factoren. Es müssen von verschiedenen Richtungen eine Menge Prohibitivmaassregeln angreifen. Alle vereinzelten Versuche sind werthlos. Redner fasst besonders die Organisation der Trinkerheilanstalten ins Auge, welche unbedingt unter psychiatrischer Leitung stehen müssen. Eine der Hauptaufgaben wird in der allmählichen Gewöhnung der Insassen an Freiheit und Selbstbeherrschung bestehen. Redner weist auf die schlechten Erfahrungen hin, welche in anderen Ländern mit den als philanthropische Institute gedachten Trinkerheilanstalten gemacht worden sind. Die Institution muss von vornherein eine staatliche sein. Im Allgemeinen empfiehlt Bär, dass der Verein in geschlossener Meinungsäusserung den Entwurf mit Genugthuung begrüssen möge. Hiergegen wendet sich Zinn, weil eine solche Aeusserung den Anschein erwecken könne, als ob die Versammlung mit allen Punkten des Entwurfes einverstanden sei, während er doch in erheblichen Punkten modificirt werden müsse. Redner empfiehlt der Versammlung, die Thesen von Jolly unverändert anzunehmen.

Es entwickelte sich nun noch eine Debatte über den Causalzusammenhang zwischen Steuergesetzgebung und Herabgehen der Aufnahmezahl von Deliranten, wobei sich die Herren Wernicke, Mendel, Siemerling und Jolly betheiligten. Mendel verhielt sich skeptisch und machte aufmerksam, dass im Allgemeinen öfter statistisch nachweisbare Schwankungen in solchen Dingen vorkommen, ohne dass die Ursachen klar lägen; dass ferner die Zahl der Aufnahmen von Alkoholisten schon wieder im Steigen begriffen sei.

Eine zweite kurze Controverse entwickelte sich in Bezug auf den Namen Trinkerheilanstalt, welcher von einer Seite im Hinblick auf die schlechten Erfahrungen, welche wir mit entlassenen Alkoholisten machen, angezweifelt wurde. Die allgemeine Stimmung war auf Seite der Redner, welche den Namen Heilanstalt der ganzen Aufgabe des Institutes entsprechend aufrecht erhalten wissen wollten.

Von allen Verhandlungen wies gerade diese am meisten Differenzen im Einzelnen auf; um so wohlthuender ist die Thatsache, dass es gerade hier zu einer Einigung und geschlossenen Stellungnahme des Vereins gekommen ist. Einstimmig wurden am zweiten Tage der Verhandlungen folgende Thesen angenommen:

Der Verein deutscher Irrenärzte begrüsst die Aufstellung eines Gesetzentwurfes betreffend die Bekämpfung des Missbrauches geistiger Getränke mit grosser Genugthuung.

Indem er sich eines Urtheils über diejenigen Bestimmungen des Ent-

wurfes, welche das ärztliche Gebiet nicht berühren, enthält, erklärt der Verein:

1) Eine Bestrafung der Trunksucht als solcher erscheint nicht zulässig. Die Verbringung der Gewohnheitstrinker in Trinkerheilanstalten darf nicht auf strafrechtlichem Wege erfolgen.

2) Die Entmündigung der Trunksüchtigen unter den in § 12 des Entwurfs angegebenen Umständen ist angezeigt. Auf das Verfahren der Entmündigung wegen Trunksucht haben aber die Bestimmungen über die Entmündigung von Geisteskranken in Anwendung zu kommen (§ 593 ff. der Civilprocessordnung), insbesondere darf die Entmündigung nicht ausgesprochen werden, ohne dass einer oder mehrere Aerzte als Sachverständige gehört worden sind.

3) Die Trinkerheilanstalten müssen unter sachverständiger ärztlicher Leitung stehen und sind in gleicher Weise staatlich zu beaufsichtigen, wie die Irrenanstalten.

Die dritte social wichtige Frage bezog sich auf die Fürsorge für Epileptische. Wer die Wirkungen kennt, welche das neue Unfallversicherungswesen auf die Erwerbsfähigkeit der mit Epilepsie Behafteten ausübt, wird die Tragweite der in Weimar gepflogenen Verhandlung nicht gering schätzen. **Wildermuth** führte in seinem Vortrage, auf welchen wir noch zurückkommen werden, aus, dass besondere Anstalten für Epilepsiekranke errichtet werden müssten, diese sollen alle Arten dieser Kranken enthalten: heilbare und unheilbare. Für die jugendlichen Kranken ist eine Schule nothwendig; die vorübergehenden Aufregungszustände erfordern eine geschlossene Abtheilung. W. erläutert seine Ideen an einem Plane für 800 Kranke. Die Pflicht, solche Anstalten zu errichten, liegt bei den Behörden. Der Director einer solchen Anstalt muss ein Arzt sein, wofür der Vortragende in überzeugender Weise die Gründe entwickelt.

511) Der Correferent **Laehr** weist darauf hin, dass eine Klärung über die Art der Fürsorge für die Epileptischen für die gegenwärtigen Verhältnisse in Preussen von erheblicher Bedeutung sei.

In Preussen sei bekanntlich durch die sogenannten Dotationsgesetze vom 30. April 1873 und 8. Juli 1875 den Provinzialverbänden die Sorge für das Irrenwesen überwiesen, die Epilepsie und Idiotie jedoch nicht darin genannt worden. Es ist erklärlich, dass als Folge davon für die letztere wenig geschah. Dafür nahm die private Wohlthätigkeit sich ihrer an, und namentlich traten neue Vorschläge in der Fürsorge für Epileptische zu Tage, um welche auch verschiedene Mitglieder des Vereins sich Verdienste erworben haben. Es muss ausserdem als grosses Verdienst des Pastors v. Bodelschwingh in Bielefeld angesehen werden, dass er mit grossem Eifer und hervorragender Organisationskraft der Welt ein Beispiel gab, dass die Vereinigung von ca. 1300 Epileptischen an einem Punkte durchführbar sei, was bis dahin auch ärztlicherseits nicht befürwortet und versucht war. Das öffentliche Aufsehen, welches sich dieser Fürsorge zuwandte und die Erwärmung dafür, welche in weitere Kreise übertragen wurde, hat die Theilnahme und Aufmerksamkeit mehr als früher den Epileptischen zugewendet. An verschiedenen Orten Deutschlands entstanden Vereine, welche neue Anstalten für Epileptische gründeten. Dieser Erfolg hat aber auch Gefahren mit sich gebracht, weil nunmehr in den maassgebenden Behörden, wie im Königreich Sachsen, und in Vereinen die Ansicht zur Geltung gekommen ist,

als ob dies jetzt noch so dunkle Gebiet der Epilepsie nicht der ärztlichen Forschung und der ärztlichen Leitung bedürfe. So lange der Staat nicht diese Fürsorge als eine öffentliche Pflicht erklärte, sondern sie der Vereinsthätigkeit überliess, musste man zufrieden sein, dass überhaupt etwas für diese Unglücklichen geschehe.

Nunmehr ist ein anderes Stadium der Entwicklung eingetreten. Der Brandenburgische Provinziallandtag beschloss am 7. Mai 1890, sich der Epileptischen, welche der Armenpflege anheimfielen und der Anstalten bedürften, officiell anzunehmen, aber dieser Beschluss scheiterte an der Zustimmung einiger Kreise, welche die dazu nothwendige Unterstützung nicht gewähren wollten. Da legte das Ministerium in Preussen dem Landtage einen darauf hinzielenden Gesetzentwurf vor, der vom Abgeordnetenhause genehmigt wurde, auch aus dem Herrenhause in verbesserter Form hervorging und vom Könige am 11. Juli des Jahres sanctionirt wurde. Darnach ist mittels Abänderung des § 31 des Gesetzes vom 8. Mai 1871 die bisherige Befugniss der Landarmenverbände und Kreise betreffs dieser Fürsorge für die Gebrechlichen zu einer Verpflichtung umgewandelt worden. Vom 1. April 1893 an müssen Anstalten vorhanden sein, welche die im armenrechtlichen Sinne hilfsbedürftigen und einer Anstaltspflege bedürftigen Epileptischen aufnehmen.

Die bisherigen Bemühungen für sie haben als Thatsache ergeben, dass selbständige Anstalten für sie möglich und am zweckmässigsten sind. Die Fürsorge für sie musste bisher aufs Gerathewohl Anstalten errichten und wurde nur beschränkt durch die Mittel, welche ihr von der Allgemeinheit als Gaben zuflossen. Die Provinzen aber, welche für alle obigen Bedürftigen zu sorgen noch $1^1/_2$ Jahre Zeit zu Vorbereitungen haben, können nunmehr systematischer vorgehen und ihren Plänen eine Statistik zu Grunde legen, welche sie noch nicht haben, aber zu erhalten suchen müssen. Man wird anders organisiren, wenn man z. B. für 100 als für 1000 Kranke zu sorgen hat. Für die Provinz Brandenburg war eine Zählung der Epileptischen durch die Diöcesen 1884 vorgenommen worden, welche sich aber bei näherer Besichtigung als unbrauchbar erweist. Correferent, welcher als Arzt dem Kreise Teltow angehört und Mitglied des Aerzte-Vereins dieses Kreises ist, unternahm nun mit Hülfe der übrigen Mitglieder dieses Vereins eine neue Zählung. Auch dieses Resultat zeigte sich als ein mangelhaftes; es deckten sich dabei Fehlerquellen auf, die bei einer neuen Zählung vermieden werden können. Es ist dies ein Vorgang, wie er in allen periodisch vorgenommenen Zählungen für ähnliche Zwecke vorkommt. Man erinnere sich der seiner Zeit in verschiedenen Ländern vorgenommenen Zählungen der Geisteskranken.

Correferent stimmt mit dem Referenten vollkommen darin überein, dass eigene Anstalten wie bisher in den letzten Jahren für Epileptische zu errichten sind. Davon will er die dauernd geisteskranken Epileptischen ausgeschlossen wissen; man möge sie nun den Irren- oder Siechen-Anstalten überlassen, oder, wenn ihre Zahl genügend gross ist, in eigene Anstalten unterbringen.

Für die Gesammtheit der anstaltsbedürftigen Epileptischen ausser den vorstehenden wünscht er nach der Erfahrung aus der Entwicklung der Irrenanstalten Neubauten in Pavillonform in ländlicher Umgebung und mit ausgiebigem Terrain, um die Kranken in entsprechende Gruppen einzutheilen, von einander geräumiger zu trennen und geeignet zu beschäftigen. Unter diesen Pavillons erhebe sich eine Erziehungsanstalt für epileptische Kinder,

der sich andere Pavillons für diejenigen Kranken anreihen, welche einer fortwährenden ärztlichen Controle bedürfen. Die Erfahrung habe schon jetzt gelehrt, dass die Anstaltshygiene in der Regel die beste Grundlage für die ärztliche Behandlung Epileptischer sei. Diese neuen Anstalten, welche man als Heilanstalten bezeichnen möge, obgleich sie natürlich auch viele Unheilbare aufnehmen werden, seien von allem Gefängnissartigen in Bezug auf Aussehen und Einrichtungen freizuhalten. Für diejenigen, welche vorübergehend von geistiger Störung heimgesucht werden, müssen Isolirräume eingerichtet werden. Diesen Anstalten möchte er für die Aufnahme wie für die Einrichtungen den Charakter der sogenannten offenen Kuranstalten beibehalten wissen. Umsomehr sei dann zu hoffen, dass sie auch von solchen Epileptischen zur Heilung aufgesucht würden, welche noch nicht von geistiger Verblödung heimgesucht seien. Ebenso möchte er von der Erziehungsanstalt der epileptischen Kinder die Idiotenanstalten getrennt wissen, für welche dann Unterricht und Erziehung fruchtbarer gestaltet werden können. Sowohl in den Abtheilungen für Erwachsene, wie in denen für die Kinder werden Uebergangsformen nicht zu vermeiden sein; aber wenn die Heil- und Pflege-Anstalten, obgleich getrennt, in steten Beziehungen zu einander stehen, so wird es in den von einander getrennten Anstalten für epileptische Kinder und Idioten nicht schwer sein, den geeignetsten Ort für jeden einzelnen Fall zu ermitteln.

In einer so schweren Krankheitsform, wie die Epilepsie, für welche jetzt immer häufiger therapeutische Mittel zugängig werden, ist für die sogenannten Heilanstalten die ärztliche Leitung erforderlich, für die Pflegeanstalten erwünscht.

Correferent concentrirt seine auf Erfahrung gestützten Ansichten in folgenden Sätzen:

1) Eine möglichst genaue statistische Zählung der Epileptischen nach Alter, Geschlecht, psychischem und körperlichem Zustande und ihrer Unterstützungsbedürftigkeit ist, wo eine öffentliche Fürsorge vorbereitet werden soll, zunächst vorzunehmen.

2) Für die der Anstalt Bedürftigen sind im Allgemeinen selbständige Anstalten mit freier Bewegung und unter ärztlicher Leitung zu errichten.

3) Die chronisch-geisteskranken Epileptiker sind im Besonderen den Irren- oder Siechen-Anstalten zur Pflege ferner zu überlassen oder in selbständigen Anstalten in ländlicher Umgebung unterzubringen.

4) Die Idioten sind von den der Erziehung und des Unterrichts bedürftigen epileptischen Kindern möglichst zu trennen und in besonderen Anstalten wie bisher unterzubringen. (Autoreferat.)

Pelman erklärte sich für den Wildermuth'schen Standpunkt. In Bezug auf die Frage, was mit den schwer geisteskranken und verblödeten Epileptikern anzufangen sei, so empfiehlt er Ueberführung in Irrenanstalten.

In der Debatte liess Zinn noch einige scharfe Schlaglichter auf die geschichtliche Entwicklung der ganzen Frage fallen, wobei er sich besonders auf die Verhältnisse in der Provinz Brandenburg bezog. Die Provinz oder ein grösseres staatliches Gemeinwesen wird die Erbschaft antreten, welche der privaten Wohlthätigkeit entstammt. Zinn betonte dann besonders die Nothwendigkeit der ärztlichen Aufsicht und wies auf die Wichtigkeit der Angelegenheit in Bezug auf Entlastung der Irrenanstalten hin.

Beschäftigten sich diese genannten drei Themata, welche bei der Ver-

handlung an erster, zweiter und fünfter Stelle abgehandelt wurden, mit Angelegenheiten, welche die grösste allgemein sociale und gesetzgeberische Bedeutung haben, so wurde andererseits das Thema der inneren Organisation der Irrenanstalten bei Erörterung über die Prophylaxe der Tuberkulose in Irrenanstalten in eingehender Weise erörtert.

512) Referent Sanitätsrath **Nötel** gab zunächst eine kritische Uebersicht über die verschiedenen Statistiken, welche den Gegenstand behandeln und welche zum Theil ein für die Irrenanstalten anscheinend sehr günstiges Resultat gaben. Unter den von Nötel selbst gebotenen Uebersichten erregte das Hauptinteresse eine Tabelle, in welcher derselbe vergleicht: „den Procentsatz der 1888 in Preussen im Alter von 15—70 Jahren an Tuberkulose Verstorbenen, berechnet auf die in diesem Alter Lebenden, mit dem in den Anstalten rücksichtlich der Verpflegten erreichten Procentsatz."

(Autoreferat.) Diese Tabelle zeigt die Anstalten in weniger günstigem Lichte. Nur eine Anstalt bleibt unter dem Procentsatz der Aussenbevölkerung von 0,39, zwei überschreiten ihn nur um ein Geringes, von dem Rest übertrifft die Hälfte ihn um das Doppelte, Dreifache, ja Mehrfache. Wenn es nun auch natürlich ist, dass die Kumulirung zweier Krankheiten, der Psychose und der Tuberkulose, die Sterblichkeitsziffer der letzteren erhöht, so meint Referent, man solle die Zahlen sich doch zu Herzen nehmen. Er erwähnt dann noch die Ergebnisse der Veröffentlichung des Statistischen Bureaus über die Irrenanstalten 1886—88. Darnach kamen in denselben auf 100 Todesfälle 17,5 an Tuberkulose; von 100 Verpflegten starben 1,3 an Tuberkulose; besonders auffällig erscheint der Unterschied zwischen öffentlichen und Privatanstalten; in den ersteren entfallen auf 100 Todesfälle 15,9 auf Tuberkulose, in den letzteren 23,5! Und zwar hat die Tuberkulosesterblichkeit in der Zeit von 80—88 in den öffentlichen Anstalten um 1,1 % abgenommen, in den Privatanstalten um 1,6 % zugenommen. Referent ist geneigt, dieses auffallende Verhältniss mit dem Umstande zuzuschreiben, dass sich mehrfach Privatanstalten zu allezeit aufnahmebereiten Reservoiren für die Evacuationen der überfüllten öffentlichen Anstalten entwickelt haben.

Auf dem Wege der Statistik wird man die Frage, wie weit der Anstaltsaufenthalt an der Tuberkulosesterblichkeit Schuld ist, mit Sicherheit kaum lösen können, besonders so lange nicht bei den Tuberkulosefällen die Dauer des Anstaltsaufenthaltes angegeben wird.

Referent weist aber daraufhin, dass nach den Arbeiten von Koch und seinen Schülern, nach den Untersuchungen von Cornet die Ergebnisse der Statistik nicht abgewartet werden dürfen, sondern nach der Erfahrung gehandelt werden muss, dass der Auswurf der Tuberkulösen auf dem Boden, an den Wänden, den Möbeln, der Wäsche u. s. w. haftend, beim Austrocknen die Infectionsträger, die Tuberkulosebacillen, dem sonstigen Staube beimischt, der bei jedem Luftzuge aufgewirbelt, den Bewohnern der Räume die Gefahr der Ansteckung bei Erkrankung an Tuberkulose bringt.

Referent verlangt, dass 1. neben der Berücksichtigung der Nahrungsmittel, besonders der Milch, und ausser reichlicher Ernährung, reichlicher Gewährung von Raum, Luft und Licht, besonders dahin zu wirken sein wird, dass die Tuberkulösen für die Nacht und jedenfalls im Zustande der Bettlägerigkeit von anderen Kranken getrennt werden.

2. Dass die von Tuberkulösen dauernd benutzten Zimmer mit ihrem Inhalte, ehe sie anderweitiger Benutzung übergeben werden, den jeweilig geltenden Grundsätzen über Desinfection bei anderen ansteckenden Krankheiten, z. B. Diphtheritis, gemäss behandelt werden; die Umgebung der Lagerstätten der Tuberkulösen, Fussboden, Wände, Bettstellen täglich der sorgfältigsten feuchten Reinigung zu unterwerfen, Wäsche und Kleidungsstücke Tuberkulöser von denen anderer zu trennen und zu desinficiren seien.

3. dass in allen von Kranken benutzten Räumen Fussböden, Möbel, Wände so weit als möglich feucht zu reinigen, Teppiche, Polstersachen u. s. w. nicht in geschlossenen Räumen auszuklopfen sind, überhaupt möglichst jedes Aufwirbeln von Staub zu vermeiden ist.

4. dass in allen von Kranken, wie vom Personal benutzten Räumen für reichliche Aufstellung zweckentsprechender Spucknäpfe, die, zum Teil mit Wasser gefüllt, in den Abort entleert und mit kochendem Wasser gereinigt werden müssen, zu sorgen ist, und alle Spuren von Sputis auf Fussböden, Wänden, Möbeln u. s. w. sofort feucht zu entfernen sind.

5. endlich, dass die Kranken einer beständigen und genauen ärztlichen Controle zu unterwerfen sind, und demgemäss an jeder Irrenanstalt dem Arzt eine maassgebende Stellung anzuweisen ist. —

In der Debatte wurde zunächst noch die enorme Schwierigkeit einer richtigen Statistik in dieser Frage hervorgehoben. Sodann wiesen Grashey, v. Krafft und Zinn sehr eindringlich darauf hin, dass alle Vorsichtsmaassregeln nichts helfen, wenn nicht der Hauptursache der Tuberkulose in den Irrenanstalten, nämlich der Ueberfüllung, vorgebeugt wird. In Wahrheit ist es oft eine grössere That zur Verhütung der Tuberkulose in Irrenanstalten, wenn ein Director seiner vorgesetzten Behörde erklärt, dass der Bau einer neuen Anstalt nothwendig wird, als wenn er in seiner überfüllten Anstalt täglich nach allen Regeln der Desinfection den Vernichtungskampf gegen die Tuberkelbacillen führt.

Diese rückhaltslose Blosslegung eines Uebelstandes, an dem immer noch so viele Irrenanstalten kranken, erschien mir als eine der wichtigsten Meinungsäusserungen der zahlreichen Versammlung.

Nr. 5 des Programms bezog sich auf den gegenwärtigen Stand der Aphasiefrage. (Referent **Moeli,** Correferent **Wernicke.**) Letzterer verzichtete zu Gunsten von **Sommer** (Würzburg), welcher unter Nr. 6 die Frage aufgeworfen hatte: Reichen die Localisationstheorien zur Erklärung der bisher beobachteten Sprachstörungen aus?

513) **Moeli**: Ueber den gegenwärtigen Stand der Aphasiefrage. Referent wendet sich nach kurzen historischen Bemerkungen zu einer Besprechung der functionell zusammengehörigen Elemente bei dem Sprachvorgange, wobei er ausdrücklich von den anatomischen Verhältnissen absieht. Er verwirft auch die gehirnanatomischen Benennungen und spricht bloss von Wortklang- und Wortbewegungsstörung bezw. von Wortklang-Begriffsstörungen und umgekehrt. Er hält die Mitwirkung der Wortklangelemente für wesentlich auch beim Sprechen. Nachdem er die Erlernung der Sprache berührt hat, geht er auf die Gewinnung der Buchstabensprache über und hebt die Bedeutung der drei Buchstabenelemente, des optischen, des akustischen und des kinästhetischen, hervor.

Die Berechtigung zur Aufstellung eines Schemas liegt besonders in dem Nutzen, den es für die Verdeutlichung der Erwägungen gewährt, dass die

einzelnen Vorgänge beim Gebrauch der Wort- und Schriftsprache keineswegs gleichbedeutende, sondern sehr verschiedenartig ausgedehnte und zum Theil aus Reihen von Erregungen bestehende Leistungen des Nervensystems sind.

Er schildert im Einzelnen, wie entsprechend der Verschiedenheit der erforderlichen Reizgrössen, bei der naturgemäss zumeist unvollständigen Störung, die einzelnen Vorgänge mehr oder weniger erheblich beeinträchtigt sein können. Er weist auf die Verschiedenheit der Reizgrösse der äusseren und inneren Erregungen, sowie besonders auf die Möglichkeit der Summirung von Reizen hin. Die Paraphasie im engeren Sinne möchte er auf die Wortverwechselung beschränken. In der die Wortklangstörung begleitenden Beeinträchtigung des Sprechens tritt die Durchbrechung der scharfen Grenze zwischen motorischer und sensorischer Aphasie zu Tage. — Die Wortbewegungsvorstellung erkennt er als gleichberechtigt, bezw. als von den Wortklängen unabhängig wirkenden Faktor für die Regel nicht an. Auch für das psychische Leben hat, soweit durch eine Störung der Worterzeugung im engeren Sinne ein Einfluss auf das Vorstellen ausgeübt wird, die Beeinträchtigung der Thätigkeit der Wortklangelemente die grösste Bedeutung.

514) **Sommer**: Reichen die Localisationstheorien zur Erklärung der bisher beobachteten Sprechstörungen aus? Der Vortragende ging von der Thatsache aus, dass in neuerer Zeit im Vertrauen auf die Richtigkeit der Localisationsschemata Geisteskranke operirt worden sind. Burkhard hat bei Hallucinanten Exstirpationen im Bereiche der Wernicke'schen und Broca'schen Windungen vorgenommen, hat ferner versucht, associative Vorgänge durch Anlegung von „Gräben" am Gehirn zu verhindern.

Um in dieser Beziehung zur kritischen Besonnenheit zu mahnen, sucht Sommer die enormen Schwierigkeiten aufzudecken, welche sich der Erklärung mehrerer wohl beschriebener Sprachstörungen vermittelst der Localisationsschemata entgegenstellen. Der Kürze der Zeit wegen beschränkte sich der Vortragende auf die Besprechung eines von ihm in der Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane Bd. II, S. 144 — 163 beschriebenen Falles. Es ist dies derselbe, welcher im Jahre 1885 von Grashey in der Arbeit „Ueber Aphasie und ihre Beziehung zur Wahrnehmung" durch die Theorie von buchstabirendem Lesen und Schreiben zu erklären versucht wurde. Sommer weist nach, dass zur Zeit diese Theorie zur Erklärung des Zustandes nicht mehr ausreicht, dass aber andererseits auch die Sprachcentrenlehre unzureichend ist, den Fall aufzuhellen. Im Anschluss an specielle Untersuchungen über begriffliche Combination, welche bei dem Kranken gemacht worden waren, kritisirte derselbe besonders das „Begriffscentrum", welches in den Veröffentlichungen über Aphasie öfter in sehr ontologischer Weise benutzt wird. Er zeigt, dass aus denselben psychologischen Gründen früher ein combinirendes Seelenorgan, wie jetzt ein Begriffscentrum postulirt worden ist, und mahnt zur Zurückhaltung bei den „physiologischen Postulaten". Am Schluss gelangte er zu folgenden Sätzen:

1. Die zur Zeit gültigen Sprachcentrenschemata reichen nicht zur Erklärung sämmtlicher bisher beschriebener Sprachstörungen aus.
2. Die Zahl der zu postulirenden Centren und Leitungsbahnen wächst mit der Bereicherung des Beobachtungsmateriales.
3. In den Veröffentlichungen über Sprachstörungen ist das Hauptgewicht zunächst noch auf die Beschreibung, nicht auf die Erklärung zu legen.
4. Die psychologisch-anatomischen Deductionen und Postulate a priori

verwickeln sich besonders in Bezug auf das Begriffscentrum in solche Widersprüche, dass dieselben bei der Analyse der Sprachstörungen nur mit grösster Vorsicht gebraucht werden dürfen.

5. Der Hauptwerth der über den Sprachvorgang aufgestellten Schemate liegt darin, dass sie einen Anhaltspunkt für die Untersuchung der Sprachstörungen bieten.

6. Es ist wünschenswerth, dass ein viel umfassenderes psychologisches Schema als Leitfaden bei der Untersuchung der Sprechstörungen benutzt wird, als es die Sprechcentrenschemate bieten.

7. Es ist wünschenswerth, dass entsprechend der von Grashey gegebenen Anregung bei der Beobachtung von Sprachstörungen besonders die Succession der Vorgänge und ihr zeitlicher Ablauf in Betracht gezogen werde.

8. Die Einführung der in der Psychophysik ausgebildeten zeitmessenden Methoden in die Untersuchung der Sprachstörungen, speciell bei verlangsamter Wortfindung, ist anzustreben.

9. Die topische Diagnostik der Gehirnläsionen ist als reine Erfahrungswissenschaft völlig unabhängig von den zur Erklärung der Thatsachen aufgestellten Theorien.

10. Die Operationen am Gehirn von Geisteskranken, speciell bei Hallucinanten, entbehren der sicheren wissenschaftlichen Grundlage und sind schon deshalb, ganz abgesehen von der völligen Nichtigkeit der bisherigen Resultate, zu unterlassen.

In der Debatte bemerkte Grashey, was schon Sommer hervorgehoben hatte, dass aus dem gegenwärtigen Befund bei dem von ihm früher beschriebenen Kranken kein Rückschluss auf die Ungültigkeit seines damaligen Erklärungsversuches gemacht werden könne. Sodann gab Grashey mit Bezug auf Sommers Mittheilung, dass sein Kranker durch Fixiren der zum Schreiben benutzten Organe, Hände, Füsse, Zunge, der inneren Sprache beim Anblick eines Objectes ganz beraubt werden könne, eine werthvolle Anregung zu weiterer Untersuchung. Grashey deutete nämlich an, dass der Kranke durch das active Herausstrecken der Zunge derart beschäftigt würde, dass er vermöge dieser Ablenkung das Wort innerlich nicht finden könne. Vielleicht wäre das Resultat ein anderes gewesen, wenn die Zunge passiv gehalten worden wäre. Grashey bezog sich auf die vorliegenden Untersuchungen über gleichzeitige Ausführung verschiedener Bewegungen. Ich glaube die Frage, welche Grashey berührte, so formuliren zu können: Kann in Fällen von Sprachstörung, besonders bei erschwerter Wortfindung, durch Concentration der Aufmerksamkeit des Kranken auf willkürliche Bewegungen die innere Wortfindung ganz unmöglich gemacht werden? Man könnte hierbei auf den Begriff einer conditionalen motorischen Aphasie kommen, welcher sich für die Lehre von der rein functionellen Ausschaltung von Centren sehr brauchbar erweisen könnte.

Wernicke griff aus Sommers Ausführungen zunächst die Thatsache heraus, dass bei dem früher von Grashey als amnestische Aphasie aufgefassten Falle zur Zeit im Sinne der Localisationstheorien gerade eine Leitungsunterbrechung postulirt werden müsse. Früher sei der Fall schwer erklärlich gewesen, jetzt sei er unerklärlich.

Wernicke bestritt sodann, dass Jemand mit der Zunge am Gaumen Schreibbewegungen machen könne, worauf Sommer die Hoffnung aussprach, diese Thatsache bei Gelegenheit an dem Kranken demonstriren zu können.

Für die in dieser Verhandlung berührte Frage der topischen Diagnostik und der Localisationstheorie haben mehrere später in Halle gehaltene Vorträge weitere Aufklärung geboten, über welche im Zusammenhang referirt werden soll.

An letzter Stelle wurde über die Therapeutische Verwerthung der Hypnose in Irrenanstalten verhandelt.

515) Referent **Binswanger** führt aus, dass die Irrenärzte geradezu verpflichtet seien, hypnotische Versuche in den Anstalten vorzunehmen, dass aber die grösste Vorsicht in Bezug auf die Auswahl der Versuchspersonen und die Anordnung der Versuche angewendet werden müsse.

Den hypnotischen Hausepidemien müsse besonders vorgebeugt werden. Der Vortragende verwarf besonders das Hypnotisiren des Wartepersonals.

Die Suggestionstherapie ist bei Geisteskranken bisher meist erfolglos gewesen. Durch fortgesetzte hypnotische Versuche werden bei manchen Kranken die bestehenden Krankheitserscheinungen verstärkt. Am meisten Aussicht auf Erfolg ist bei Hysterischen vorhanden.

516) **v. Krafft** als Correferent schliesst sich im Allgemeinen den Ausführungen des Vorredners an und befürwortet ebenfalls das Studium der hypnotischen Erscheinungen und die Anstellung von therapeutischen Versuchen mit der Suggestionsbehandlung bei Geisteskranken.

Bei der Dürftigkeit der therapeutischen Hülfsmittel gegenüber den Zuständen von psychischer Erkrankung ist es geradezu geboten, ein Mittel zu versuchen, das die psychische Behandlung — die Wachsuggestion — erleichtert. Die Hypnose kann nur als Mittel zum Zwecke der Suggestion betrachtet werden und erscheint überall zulässig, wo es sich um blosse „functionelle“ Erkrankungen im Nervensystem handelt.

Die Voraussetzungen des möglichen Erfolgs sind Hypnotisirbarkeit, Suggestibilität des Kranken und richtige Redaction der Suggestionsformel von Seiten des Suggerirenden. Die beiden ersten Bedingungen sind bei vielen psychisch Kranken, wesentlich auf Grund ihres psychopathischen Zustandes schwer zu erfüllen. Im Allgemeinen werden nur willige, lucide und damit zu Aufmerksamkeit und Concentration des Denkens fähige psychisch Kranke sich dazu eignen. —

Krankhafte Stimmungen, Gefühle, autosuggestive krankhafte Gedankenrichtungen, Anomalien des Strebens und des Trieblebens, unter den körperlichen Beschwerden Schlaflosigkeit u. s. w. bieten einer hypnotisch-suggestiven Therapie Anlässe, sich zu versuchen. Die Bekämpfung von Wahnideen erscheint aussichtslos; ein Erfolg bei Hallucinationen fraglich. Nicht ohne Werth scheint die Suggestivtherapie bei Zwangsvorstellungen.

Die bisherige Casuistik der hypnotisch-suggestiven Therapie der Psychosen ist noch zu dürftig, um ein sicheres Urtheil gewinnen zu lassen; viele berichtete Fälle sind überdies der Kritik gegenüber nicht einwandsfrei. Auf seine eigenen Erfahrungen bei Psychosen übergehend, bekennt Vortragender deren Dürftigkeit, da er bei geringem Vertrauen in die Heilkraft der hypnotischen Behandlung bei Psychosen bisher nur ausnahmsweise, auf Andringen von Verwandten oder der Kranken selbst zu Heilversuchen sich entschloss.

Im Allgemeinen hatte Ref. Resultate bei Melancholie, sine delirio, Zwangsvorstellungen, alkoholischem und hysterischem Irresein. Ganz besonders beachtenswerth erscheint auch nach seiner Erfahrung die Hypno-

tisirbarkeit und Suggestibilität bei Alkoholisten und Dipsomanen. Auf Recidive durch suggestiven Einfluss der Umgebung und Autosuggestion muss man gefasst sein, aber sie weichen neuerlicher Behandlung und scheinen vermeidbar bei lange genug fortgesetzter Behandlung.

Grosser Werth muss auf die richtige Fassung der Suggestionen gelegt werden. Die Erfüllung dieser Bedingung setzt ein feines Verständniss des Falles in neurologischer und psychologischer Hinsicht voraus, und schon aus diesem Grunde kann nur der Arzt Suggestivbehandlung üben.

Mögliche schädliche Wirkungen auf das Nervensystem im Verlauf hypnotischer Behandlung erkennt auch der Vortragende aus seiner Erfahrung an im Sinne des Auftretens von Autohypnose und gesteigerter Erregbarkeit des Nervensystems. Gegen erstere Erscheinung hilft aber sicher Suggestion und überhaupt zeitweises Aussetzen der Behandlung. Diese immerhin unangenehmen Erscheinungen finden sich fast ausschliesslich bei physikalischer Behandlungsmethode (Braid). Jedenfalls erscheint die Bernheim'sche Methode vorzuziehen. Sie führt aber weniger leicht zu Hypnose als die physikalische. (Autoreferat.)

## II. Halle.

Es ist schon bemerkt worden, dass die Vorträge in Halle in wesentlichen Stücken eine Ergänzung des in Weimar Berührten geboten haben. Da ein systematisches Programm in Halle nicht vorlag, so erscheint es erlaubt, unter Vernachlässigung der Reihenfolge der gehaltenen Vorträge diejenigen zunächst zu erwähnen, welche weitere Aufklärung über die schon in Weimar behandelten Themata gaben. Zunächst waren Herrn Jolly's kritische Bemerkungen, welche unter dem Titel „casuistische Mittheilungen" liefen, für Jeden, der in Weimar der Debatte über Zurechnungsfähigkeit und Verbrecherthum gefolgt war, von besonderem Interesse. Wenn etwas in der Lehre von der anomalen Beschaffenheit der Verbrecher und von der hereditären Belastung einer kritischen Analyse bedarf, so ist es der Begriff der stigmata hereditatis. In dieses Gebiet gehört der erste der von Jolly mitgetheilten Fälle.

517) **Jolly**: Casuistische Mittheilungen.

1) Es handelte sich hier wie auch im zweiten Falle um Imbecillität mit besonders ausgeprägten moralischen Defecten. Der erste Fall war complicirt durch Polydactylie der linken Hand mit Missbildung des linken Armes. Es sind 6 Finger vorhanden, die sich mit 7 Metacarpalknochen verbinden. An Stelle des Daumens ein dem kleinen Finger analoger, auf welchem nach der Mittellinie zu ein zweiter Ringfinger und Mittelfinger folgt. Die Anordnung der Knochen und Muskeln am Vorderarm und die Anwesenheit einer weit vorspringenden Knochenleiste am vorderen Rand des Humerus lässt vermuthen, dass es sich um unvollkommene Doppelbildung handelt mit Verlust der radialen Elemente. Der Vortragende kritisirte dann die Hypothesen, die über die Entstehung der Polydactylie aufgestellt wurden. Die atavistische Erklärung treffe wohl für die meisten Fälle und so auch für diesen nicht zu. Es handele sich um eine eigentliche Missbildung. Das Vorkommen dieser speciellen Form neben geistigen Defectzuständen scheine kein häufiges zu sein, vielleicht desshalb, weil eine ganz periphere Störung der Keimentwicklung die Entwicklung des Gehirnes nicht beeinflussen kann.

Eine wirklich beweisende Statistik über das Verhältniss von körperlichen Missbildungen zu psychischer Belastung kann nur durch eine ausgedehnte Sammelforschung gewonnen werden, auf welche Redner nachdrücklich hinweist.

2) 23jähriger Mann aus stark belasteter Familie. Nach schwerer Erkrankung an Diphtherie völlige Unfähigkeit zum Schulbesuch. Conträre Sexualempfindung. Der Vortragende betont, dass diese Abnormität hier wie in manchen anderen Fällen als Theilerscheinung eines allgemeinen Defektzustandes bestehe, nicht aber eine besondere Psychopathia sexualis darstelle. Der Vortragende legt dar, dass die meisten der mit „Psychopathia sexualis" Behafteten nicht von Natur mit einem perversen Trieb ausgestattet sind, sondern im Verlauf des individuellen Lebens durch Verführung und Nachahmung zu den perversen geschlechtlichen Handlungen kommen. Im vorliegenden Fall war der damit Behaftete ein im Allgemeinen deutlich pathologisches Individuum. Die strafrechtliche Frage, ob Geisteskrankheit und Unzurechnungsfähigkeit vorliegt, wäre in diesem Falle zu bejahen, in vielen anderen, in welchen es sich nicht um das Symptom einer allgemeinen Imbecillität handelt, zu verneinen.

Das Thema der Localisation und topischen Diagnostik, welches in Weimar von Grashey, Moeli, Sommer und Wernicke behandelt war, wurde in Halle durch folgende Vorträge weiter erläutert:

1) Bruns, Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Stirntumoren;
2) Hoesel, Die Centralwindungen ein Centralorgan der Hinterstränge;
3) Sachs, Der Faserverlauf im Hinterhauptlappen des normalen Gehirns des erwachsenen Menschen.

518) **Bruns** kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Eine der sog. cerebellaren Ataxie ganz gleiche Störung der Balancirfähigkeit kommt sehr häufig auch bei Stirnhirntumoren vor.
2) Dieses Symptom ist bei Tumoren anderer Hirnregionen jedenfalls sehr viel seltener; es fehlt, wie es scheint, ziemlich regelmässig bei Tumoren der Rolando'schen Gegend.
3) Die Begleitsymptome erlauben meist eine Differentialdiagnose zwischen der durch Kleinhirn- oder Stirnhirntumoren bedingten Ataxie.

Ad 1 und 2. B. führt zunächst vier Fälle eigener Beobachtung von Stirnhirntumoren an, 1. Sarkome beider Stirnlappen, 2. Haematom der Aura über dem linken Stirnhirn, 3. Sarkom der 2. linken Stirnwindung, 4. Gliom der 2. und 3. rechten Stirnwindung, bei denen allen das Symptom der Ataxie sich in ausgeprägter Weise fand. Ebenso findet es sich bei Oppenheim in 80 % der Fälle von Stirnhirntumoren, bei den von Bernhard zusammengestellten in 40 %. Ganz besonders weist auch Wernicke bei Besprechung eines Falles von Nothnagel auf das Symptom hin. Bei Sitz der Tumoren in der Scheitel-, Hinterhaupt- und Schläfenregion findet es sich sehr viel seltener: 12 % bei Bernhard — bei Oppenheim allerdings in 50 %, doch betrifft das meist Fälle sehr ausgedehnten und diffusen Sitzes. Ganz besonders selten scheint es bei Centralwindungstumoren vorzukommen. 2 Mal bei Bernhard, bei Oppenheim gar nicht — obensowenig in 2 Fällen von B. (ohne Section, doch mit typischem Symptomencomplex).

Ad 4. Die Differentialdiagnose zwischen cerebellarer und frontaler Ataxie ist aus dem Symptom selbst nicht mög-

lich. In Fall 1 B.'s, wo sonstige Symptome fast ganz fehlten, konnte deshalb eine Localdiagnose nicht gemacht werden. Sonstige Unterscheidungsmomente sind:

| Frontale Ataxie. | Cerebellare Ataxie. |
|---|---|
| 1. Meist Hemiparesen oder Monoparesen. | 1. Keine Lähmungen: oder paraplegische Symptome. |
| 2. Häufig locale Schmerzhaftigkeit bei Percussion (1. u. 2.). | 2. Dies Symptom fehlt, weil die Kleinhirntumoren tief liegen und das Cranium nicht berühren. |
| 3. Stauungspapille kann fehlen: tritt oft erst spät ein (3.). | 3. Die Stauungspapille ist meist sehr stark und früh vorhanden. |
| 4. Früh Benommenheit. | 4. Sehr heftige Kopfschmerzen, Erbrechen. Schwindel, von Anfang an weniger benommen. |

Alle diese Unterschiede haben aber nur relative Gültigkeit: Schwindel fand sich z. B. auch im Fall 2 B.'s (Haematom) sehr früh: in Fall 4 war auch die Ataxie ein erstes Symptom.

In Fall 4 B.'s fand sich sehr deutlicher tympanitischer Percussionsschall des Schädels über dem Tumor: dieses Symptom ist bei Schädeltumoren nicht selten. Es verbindet sich bei Usur des Schädelknochens mit dem „Geräusch des zersprungenen Topfes". Besonders deutlich wird es bei Kindern, wenn Diastase der Schädelnähte eintritt.

In Fall 2 bot der Augenhintergrund ganz das Bild der Retinitis albuminurica. Blutungen, weisse Plaques. B. hat das auch einmal bei einem Kleinhirntumor gesehen: in beiden Fällen natürlich bei gesunden Nieren. Hier lag die Gefahr sehr nahe, statt des Tumors eine Nephritis zu diagnosticiren; viel häufiger kommt der umgekehrte Irrthum vor: bei Nephritis, Uraemie und Neuritis optica. (Autoreferat.)

519) **Hösel** (Hubertusburg): Die Centralwindungen ein Centralorgan der Hinterstränge und des Trigeminus[1]).

Die demonstrirten Präparate stammen von einem Gehirn mit einem porencephalitischen Defect in den Centralwindungen der linken Grosshirnhemisphäre und zeigen folgende Veränderungen:

Die linken Vorder-Seitenstrangreste sind auf Schnitten durch die Pykreuzung bedeutend schmäler und faserärmer als rechts. Der innere Burdach'sche und Goll'sche Kern sind rechts hochgradig atrophisch. Die von ihnen ausgehenden Fasermassen fehlen fast vollständig, speciell ist von der oberen sensiblen Pykreuzung rechts kaum $^1/_{10}$ der Fasern sichtbar. Von den Fibr. arcuat. int. der Formatio reticul. fehlen rechts alle die, die zwischen grosser Olive und Boden der Rautengrube verlaufen. Von den Fibr. arcuat. ext. sind rechts die hinteren, links die vorderen reducirt. Mit letzteren fehlen die die linke Py. durchflechtenden und umgürtenden Fasern, die in der Norm aus der oberen Pykreuzung stammen. An vielen Schnitten ist rechts die Subst. gelat. Rol. viel schmächtiger als links, die rechte aufsteigende Q.wurzel faserärmer. Die linke Olivenzwischenschicht misst kaum $^1/_5$—$^1/_6$ des Querschnitts der gesunden rechten. Die linke Schleifenschicht fehlt. In der Mitte der Brücke fehlt der zwischen medialer und lateraler

[1]) Die Arbeit wird in extenso im „Archiv für Psychiatrie" erscheinen.

Schleife liegende Haupttheil derselben. Vom Quintus ist intact die absteigende Wurzel, der Locus coeruleus, der motorische Kern: Der rechte sensible Kern fehlt vollständig, ferner das zwischen absteigender Wurzel und Bindearm gelegene Längsbündel. Der rechte Bindearm ist atrophisch, ebenso der linke rothe Kern. Die Fussschleife Flechsig's ist intact. Auf Schnitten durch den rothen Kern theilt sich der rechte Schleifenhaupttheil in 2 Abtheilungen, und zwar in eine mediale, seitlich vom rothen Kern liegende, und eine laterale, seitlich von dieser gelegene, etwa dreieckige Abtheilung, deren dorsale Spitze beiderseits vorhanden. Beide Abtheilungen biegen in den Thalamus opt. ein. Die laterale zieht am Centre median in die Höhe und läuft hinter ihm nach aussen, die mediale läuft unter dem schalenförmigen Körper Flechsig's. Beide vereinigen sich wieder, laufen an der Basis des Thal. opt. durch die Regio subthalamica in die innere Kapsel und treten an der hinteren Spitze des äusseren Linsenkerngliedes mit den Pyfasern in's Marklager der Centralwindungen, wo der Heerd sitzt. Dieser beschränkt sich lediglich auf die Substanz des Hirnmantels ohne jede Betheiligung der Caps. int., der Grosshirnganglien etc. Die hintere Centralwindung und ihr Uebergangsstück in's Paracentralläppchen ist vollständig in ihn einbezogen; von der vorderen Centralwindung und der angrenzenden Windung des oberen Scheitelläppchens ist nur das Mark ihres oberen Abschnittes unterminirt. Ausser einer Atrophie der rechten Kleinhirnhemisphäre in toto war Alles intact. Die linke Pybahn zeigt eine Schrumpfung längs ihres ganzen von Flechsig angegebenen Verlaufs.

Aus dem Befunde folgt:

1) Die Centralwindungen sind ausser mit den Vorder- und Seitensträngen des RM. (Pybahn Flechsig's) mit einer zweiten langen Bahn direct, ohne Einschaltung grauer Substanz mit den contralateralen Hinterstrangskernen verbunden, die beim Menschen bisher unbekannt war. Sie sind demnach ein Rindencentrum für die Hinterstränge.

2) Ein bestimmter Theil Trigeminusfasern enden in den Centralwindungen der anderen Seite, was bisher auch unbekannt war. Letztere sind demnach auch ein Rindencentrum für den Trigeminus.

3) In der Schleife verlaufen Vorder-Seitenstrangfasern.

4) Die Centralwindungen verbindet eine Bahn mit der contralateralen Kleinhirnhemisphäre, die durch den rothen Kern derselben und den Bindearm der anderen Seite läuft.

5) Sind die aus den Hinterstrangskernen entspringenden und in der Schleife verlaufenden degenerirten Fasern sensibler Natur, dann ist es auch ihr Rindencentrum. Die Centralwindungen sind demnach, wenn nicht ausschliesslich, so doch zum grossen Theil zugleich ein sensibles Rindencentrum. Jedenfalls stellen sie nicht mehr die „motorische Rindenzone" *κατ' ἐξοχήν* dar.

6) Hierfür spricht auch das Verhalten des Trigeminus.

7) Welche Sensibilitäts-Qualität an diese degenerirten Fasern und ihr Centrum gebunden ist, ist nicht sicher, höchst wahrscheinlich der Muskelsinn, sicher nicht subjective Schmerzempfindung und die grobe Berührungssensibilität.

8) Die zerstörten Trigeminusfasern haben für das Gesicht dieselbe functionelle Bedeutung, wie die degenerirten, aus den Hinterstrangskernen stammenden Fasern für die Extremitäten.

9) Der vorliegende Fall liefert einen anatomischen Nachweis zu den experimentellen Arbeiten Hitzig's, Fritsch's, Munk's etc. (Autoreferat.)

520) **Sachs** (Breslau): Der Faserverlauf im Hinterhauptslappen des normalen Gehirns des erwachsenen Menschen.

1) Eintheilung der Fasern je nach ihrem anderen Endpunkte in subcorticalen Centren: Stabkranz- oder Projektionsfasern, der andern Hemisphäre: Balkenfasern (Forceps), entfernten Hirnlappen: Lange Associationsfasern, der Ränder desselben Lappens: Kurze Associationsfasern.

2) Die Fasern ordnen sich zu durch ihre verschieden intensive Färbung (Pal'sche Methode) sich deutlich von einander abhebenden Schichten, die das Hinterhirn von allen Seiten (ausser seiner vorderen Oeffnung) umgeben, wie die Schalen einer Zwiebel den Kern.

3) Die kurzen Associationsfasern liegen zunächst der Rinde und laufen im Allgemeinen von oben nach unten; sie sind schwach gefärbt. Nur eine aus dem cuneus, und eine ähnliche, aber dünnere, aus dem gyrus lingualis kommende Schicht, die sich etwas dunkler färbt, läuft über bezw. unter dem Hinterhorn und den dasselbe zunächst umgebenden Schichten von innen nach aussen; ihre Fasern verlieren sich anscheinend in der Rinde der convexen Fläche. Dies Verhalten ergiebt eine dritte anatomische Differenz der die fissura calcarina umgebenden Rindentheile, also des muthmasslichen Centrums der Gesichtswahrnehmungen. (Die anderen sind: die Körnerschichten und der Vig d'Azyr'sche Streifen.)

4) Die Fasern der drei anderen Schichten laufen, sobald sie sich gesammelt haben, sagittal von hinten nach vorn. — Es giebt nur eine bis jetzt anatomisch nachweisbare lange Associationsbahn des Hinterhauptlappens, nämlich die Verbindung desselben mit dem Schläfelappen, das untere Längsbündel. Seine Fasern umgeben hinten als ein gleichmässig breiter Gürtel die beiden innersten Schichten und das Hinterhorn von allen Seiten. Nach vorn sammeln sie sich unter dem Ventrikel (Unterhorn), indem die oberen Fasern auf beiden Seiten schräg von hinten oben nach vorn unten ziehen. Färbung intensiv.

5) Die Stabkranzfasern liegen innerhalb des unteren Längsbündels und umgeben ihrerseits den Forceps von allen Seiten. Hinten verhält sich ihr Querschnitt wie der des unteren Längsbündels; nach vorn sammeln sie sich aussen vom Ventrikel, indem die innen befindlichen Fasern fortlaufend über und unter der Balkenschicht nach aussen laufen.

6) Der Forceps bildet die innerste Schicht und umgiebt das Hinterhorn von allen Seiten. Seine Fasern kommen radiär von der Rinde und durchbrechen die äussersten Schichten. Sie sammeln sich in einem grossen Bündel über dem Hinterhorn (oberer Forcepsantheil), in denen die von aussen und unten aussen kommenden Fasern aussen vom Hinterhorn vertical in die Höhe steigen (fälschlich von den Autoren tapetum genannt). Die von innen unten kommenden Fasern laufen im kleineren unteren Forcepsantheil unter dem Hinterhorn nach vorn. Sie gewinnen erst vor dem vorderen Ende des calcar avis Raum, um hier innen vom Hinterhorn bündelförmig vertical nach oben zu steigen und sich mit dem oberen Forcepsantheil zu vereinigen.

7) Nach Zerstörung des Hinterhauptlappens degenerirt das untere Längsbündel im Schläfelappen systematisch.

8) Der Verlauf der einzelnen Schichten ermöglicht annähernd isolirte Erkrankungen derselben. Die Dünnheit der Faserschicht zwischen der Rinde in der Tiefe der Furchen im gyrus angularis und dem hinteren Ausläufer der fissura Sylvii einerseits, der Stabkranzschicht andererseits erklärt das leichte Zustandekommen subcorticaler Hemiopie nach nur wenig in die Tiefe greifenden Erkrankungen der Rinde dieser Gegend. (Autoreferat.)

Bei Gelegenheit der Verhandlung über Aphasie in Weimar war von Sommer im Anschluss an Grashey der Begriff der Succession und des zeitlichen Ablaufes der Vorstellungen in den Vordergrund gerückt worden. In diesen Gedankenkreis gehört der von Ziehen gehaltene Vortrag.

521) **Ziehen**: Ueber Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia.

(Autoreferat): Mit den beiden Symptomen „Wahnvorstellungen“ und „Sinnestäuschungen“ sind nach der heutigen Auffassung die Hauptsymptome der Paranoia erschöpft. Dem gegenüber hat Ziehen sich bemüht, festzustellen, ob und in welchem Umfange auch anderweitige Störungen des Vorstellungslebens, abgesehen von Wahnideen und Sinnestäuschungen, bei der Paranoia vorkommen. Bei diesen Untersuchungen ergab sich zunächst, dass 1) eine primäre Beschleunigung des Vorstellungsablaufs (Ideenflucht), 2) eine primäre Verlangsamung des Vorstellungsablaufs (Denkhemmung) und 3) eine primäre Incohärenz des Vorstellungsablaufs (Dissociation) häufig als intercurrente Symptome bei allen Formen der Paranoia und namentlich den acuten Formen vorkommen. Dabei wurde ganz abgesehen von der secundären Ideenflucht und Denkhemmung, welche durch gehäufte Hallucinationen und Wahnvorstellungen bedingt wird. Die seitherige allgemeine Psychopathologie hat das Vorkommen einer solchen primären Incohärenz bis jetzt fast völlig übersehen. Eine sorgfältige Analyse der verwirrten Reden vieler acuter Paranoiker ergiebt jedoch unzweifelhaft, dass eine solche primäre Incohärenz ganz unabhängig von Hallucinationen, Wahnvorstellungen, Erregungsaffekten, Ideenflucht und Schwachsinn vorkommt. Ausser dem intercurrenten Auftreten der oben genannten drei Symptome ergab sich, dass dieselben nicht selten auch als dominirende Symptome dauernd den ganzen Krankheitsverlauf beherrschen.

Die incohärente Form der Paranoia ist von den früheren Autoren meist als hallucinatorische Verwirrtheit, von Meynert neuerdings als Amentia beschrieben worden, und war man seither fast ausnahmslos geneigt, die hervorstechende Incohärenz der in Rede stehenden Krankheit auf Sinnestäuschungen oder auf eine sogen. Bewusstseinsstörung zurückzuführen. Dem gegenüber macht Ziehen aufmerksam, dass die in Rede stehende Incohärenz oft eine primäre ist. Was den Verlauf der incohärenten Paranoia anlangt, so ist der eigentliche Krankheitsausbruch in der Regel ein sehr plötzlicher. Uebergang in secundäre Demenz ist eher selten. Zuweilen tritt die Genesung nach mehr als einjähriger Krankheitsdauer ein. In ein Viertel der Fälle erfolgt durch intercurrente Krankheiten der Tod. Unter den Symptomen ist besonders das häufig auftretende Fieber zu erwähnen. Viele Autoren haben diese acuten, unter Fieber verlaufenden Psychosen zu einer besonderen Gruppe, dem sogen. Delirium acutum vereinigt. Ziehen kann die Selbständigkeit dieser Krankheitsform nicht anerkennen. Die Fieberbewegung als solche hat nichts Charakteristisches; sie wurde nicht selten auch in

plötzlichen Erregungszuständen chronischer und subacuter Paranoiker beobachtet; sie dauerte hier bald nur einige Stunden, bald mehrere Tage. Die seither von verschiedenen Autoren unter das Delirium acutum subsumirten Fälle wären daher, je nach ihrer sonstigen Symptomatologie und Entstehungsweise, zum Theil der Manie, zum Theil der ideenflüchtigen Form der Paranoia, zum Theil der incohärenten Form der Paranoia zuzurechnen. Unter den ätiologischen Momenten der incohärenten Form des Paranoia spielen Puerperium, Pubertät und Senium eine Hauptrolle. Geistige oder körperliche Erschöpfung wird häufig vollständig vermisst. Erbliche Belastung findet sich in ca. 60 $^0/_0$; erbliche Degeneration lag in keinem von Ziehen's Fällen vor. Ausdrücklich ist hervorzuheben, dass die gewöhnliche hallucinatorische Paranoia und die oben beschriebene incohärente Paranoia, und endlich auch die etwas seltener vorkommende ideenflüchtige und stuporöse Paranoia nicht als völlig scharf geschiedene selbständige Krankheitsformen zu betrachten sind. Hiervor muss schon die Erkenntniss bewahren, dass bei der hallucinatorischen Paranoia Incohärenz, Ideenflucht und Denkhemmung häufig auch intercurrent auftreten. Dem entspricht, dass auch umgekehrt Hallucinationen bei der incohärenten Form der Paranoia sehr häufig sind. Zwischen der incohärenten und der hallucinatorischen Form existiren zahlreiche Uebergangsformen. Was die Zugehörigkeit, sowohl der hallucinatorischen, wie der incohärenten Form etc. zu der Paranoia anlangt, so handelt es sich hier mehr um eine Wortfrage; es ist nicht zu bestreiten, dass die hallucinatorische und die incohärente Paranoia erheblich viel mehr Gemeinsames unter einander haben als mit der chronisch einfachen Paranoia. Doch lassen sich nach Z.'s Erachten alle Unterschiede aus der acuten Genese der ersteren und der chronischen der letzteren erklären. Ziehen will daher mit Westphal die Zusammenfassung aller dieser Formen unter dem Begriff der Paranoia vorläufig beibehalten. Unter dieser Voraussetzung lassen sich alsdann die klinischen Beobachtungen kurz dahin formuliren, dass die Paranoia, d. h. die durch eine primäre Veränderung der intellectuellen Vorgänge gekennzeichnete Psychose, nach drei Hauptrichtungen hin oder, anders ausgedrückt, in drei Dimensionen ihre Symptome entwickelt:

1) in der Richtung primärer Wahnvorstellungen.
2) in der Richtung von Sinnestäuschungen.
3) in der Richtung primärer Incohärenz.

Hierzu wäre hinzuzufügen, dass auch primäre Beschleunigung und Verlangsamung des Vorstellungsablaufes ab und zu als intercurrente oder dominirende Symptome einer Paranoia auftreten können. — —

522) Was die innere Einrichtung von Irrenanstalten betrifft, welche von Nötel in seinem Vortrag über Prophylaxe der Tuberkulose behandelt war, so erhielt dieses Thema eine ganz vorzügliche Ergänzung durch den Vortrag von **Pätz** über die Construction eines Isolirzimmerfensters.

Luft und Licht! nicht nur für die Kranken in den grossen Krankensälen, sondern auch für die Isolirten, es sei denn, dass besondere Rücksichten die Verdunkelung des Zimmers bedingen. Nach einer sehr klaren Darlegung der Principien, welche in Alt-Scherbitz verwirklicht sind, demonstrirt Pätz das Modell eines von ihm construirten Isolirzimmerfensters, das unter möglichster Vermeidung aller aparten und darum die Kranken

unangenehm berührenden Einrichtungen die Form und das Aussehen eines freundlichen normalen Fensters anstrebt bei völliger Sicherung der Kranken und Erfüllung aller an ein gutes Isolirzimmer-Fenster zu stellen den ärztlichen und administrativen Indicationen.

Das Fenster ist aus Schmiedeeisen gefertigt, mit dickem durchsichtigem Hartglase verglast und in Ausführung und Anstrich so gehalten, dass es sich von einem normalen Fenster in kaum bemerkbarer Weise unterscheidet.

Der Verschluss der oberen wie der unteren Fensterflügel geschieht mittelst Bascüle-Riegels, der mit einem Dorn- oder Hohlschlüssel bedient wird; derselbe ist so construirt, dass er gegen unbefugtes Oeffnen volle Sicherheit gewährt und auch sorgfältigen Verschluss seitens des Personals dadurch gewährleistet, dass er sich nicht vor vollständigem Verschluss aus dem Schlosse entfernen lässt.

Lüftung wird bei geschlossenem Fenster ohne Oeffnung desselben durch bewegliche verglaste Schieber ermöglicht, dadurch, dass die hinter den Schiebern in den oberen Fensterflügeln befindlichen Scheibenöffnungen nicht verglast sind, so dass beim Herunterziehen der Schieber aus den oberen in die unteren Fensterflügel die unverglasten Scheibenöffnungen in den oberen Flügeln frei werden. Die Schieber decken sich in Form und Aussehen genau mit dem hinter ihnen liegenden Fenstertheil, so dass sie sich kaum merklich von dem Fenster abheben.

Zum Schutze gegen einfallendes Sonnen- oder Mondenlicht, sowie zu dem Zwecke, isolirte Kranke dem Anblicke von aussen zu entziehen, sind an der Aussenseite vor den Fenstern Stäbchen-Rolljalousien von der Firma Bayer & Leibfried in Esslingen-Württemberg angebracht, welche bequem von innen in einer den Kranken nicht zugänglichen Weise zu bedienen sind und die Möglichkeit gewähren, das Licht in beliebiger Quantität einzulassen bezw. nach Bedarf zu beschränken oder auch ganz zu entziehen. Speciellere Beschreibung wird in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie erfolgen.

Das Modellfenster wird zum Zwecke der Nachbildung gern zur Verfügung gestellt. — —

Was die wichtige Frage der Aetiologie der Nervenkrankheiten betrifft, so bot von den in Halle gehaltenen Vorträgen Interesse die Ausführung von

523) **Oppenheim**: Allgemeines und Specielles über die toxischen Erkrankungen des Nervensystems.

Fortdauernd werden neue Beziehungen zwischen nervösen Erkrankungen und Vergiftungen vermittelt und immer weitere Symptomenbilder auf diesen Ursprung zurückgeführt.

Es zeigt sich, dass verschiedene Toxine an verschiedenen Stellen des Nervenapparates eingreifen, ja, dass sie ihren krank machenden Einfluss auf Fasern oder Zellen von bestimmter physiologischer Dignität beschränken können. Doch lehrt die genauere Betrachtung, dass von einer Gesetzmässigkeit in dieser Hinsicht meistens keine Rede sein kann, indem bei längerer oder intensiverer Einwirkung oder unter anderen, vielleicht von der Individualität des Betroffenen abhängigen Bedingungen andere Abschnitte oder Theile des Nervensystems mitergriffen oder ausschliesslich befallen werden. Wenig Beachtung haben bisher diejenigen Lähmungsformen gefunden, welche durch kombinirte Wirkung mehrerer Gifte herbeigeführt werden.

Folgende Thatsachen sind bemerkenswerth: Geringe Dosen eines Giftes, die wir nicht als toxisch betrachten, können zur Erkrankung des Nervensystems führen, wenn sich die Wirkung eines anderen Virus hinzugesellt. Oft einfache Addition der Intoxicationssymptome, z. B. der chronischen Bleivergiftung und Alkoholintoxication. Redner weist auf die enormen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten in manchen Fällen hin.

Infectionskrankheiten erweisen sich besonders wirksam in der Erzeugung nervöser Erkrankungen bei Personen, die berufsmässig mit der Verarbeitung von Giftstoffen zu thun hatten.

Mittelbarer Einfluss der toxischen Producte auf das Nervensystem durch Schwächung des Gefässapparates.

Redner hat eine Form von multipler peripherischer Neuritis von schleichendem Verlauf bei Greisen beobachtet, ohne dass sich irgend eine andere Grundlage auffinden liesse, als beträchtliche Arteritis.

Besonders zwei in disseminirten Heerden auftretende Krankheitsformen können toxisch-infectiösen Ursprung haben. 1) Disseminirte Myelitis resp. Myeloencaphalitis nach Infectionskrankheiten; 2) disseminirte Sklerose, deren Auftreten nach Infectionskrankheiten schon mehrfach hervorgehoben wurde. Redner weist darauf hin, dass in der Aetiologie dieser Erkrankung die Intoxication mit metallischen Giften eine nicht geringe Rolle spielt. Die Gifte spielen also in der Aetiologie sowohl der Systemerkrankung, wie in der diffusen und disseminirten Processe eine hervorragende Rolle, aber auch in der Aetiologie der functionellen Neurosen.

Schliesslich wird die Beeinträchtigung des Nervensystems durch toxische Producte dadurch veranlasst, dass eine allgemeine Anämie und Kachexie entsteht. Redner entwickelt alle diese Punkte, um ein von ihm beobachtetes Krankheitsbild verständlich zu machen, in welchem eine Menge Factoren gleichzeitig wirken.

Die Personen waren meist Metallarbeiter, boten in erster Linie Erscheinungen von Neurasthenie, klagten über Kopfdruck, Gedächtnissschwäche, Verstimmung, Gereiztheit, Rührseligkeit, Angstempfindungen, oft Tremor, Schweissausbrüche, Irritabilität des Herzens. Dazu Marasmus, leichte Veränderung der elektrischen Erregbarkeit, Veränderungen am Gefässsystem. Ferner zuweilen Neuritis optica. Redner glaubt damit nicht eine neue Krankheit zu schildern, sondern Zustände, die aus einer Combination verschiedenartiger Veränderungen zu Stande kommen. Die Prognose ist keineswegs günstig, genaue Statistik über den Verlauf sehr schwer. Das Vorkommen von Neuritis optica beweist, dass der gegen Gifte so empfindliche Sehnerv schon Zeichen einer deutlichen materiellen Veränderung bieten kann, während die Schädigung des übrigen Nervenapparates sich im Wesentlichen unter dem Bilde einer functionellen Neurose darstellt, allerdings mit einzelnen Erscheinungen, die darauf hinweisen, dass sich auch am peripherischen Nerven- und Muskelapparat leichtere Entzündungs- und Degenerationsprocesse abspielen.

Ferner weist Redner darauf hin, dass die Gifte das Nervensystem empfänglicher machen für andere Schädlichkeiten, und zwar 1) für Trauma. Ref. erwähnt einen Fall, in welchem ein Maler durch ein plötzliches gewaltsames Ausstrecken des Armes eine Radialislähmung sich zuzog. Unter denselben Bedingungen rufen leichte Kopfverletzungen die Zeichen schwerer Gehirnerschütterung hervor (forensisch wichtig).

Ferner wird durch Alkohol- und chronische Blei-Intoxication eine entschiedene Prädisposition für die Beschäftigungs-Atrophien und professionellen Paresen gegeben. Ein Maurer erkrankte mit Schwäche in den Händen und zeigte atrophische Lähmung der Zwischenmuskelknochen mit partieller Entartungsreaction. Es wurde eine Prädisposition zu dieser Beschäftigungsatrophie unter dem Einfluss von Alkohol angenommen. Prognose wurde günstig gestellt, entsprechend erfolgte Genesung. Die Intoxication bei den Ascendenten ist wichtig in Bezug auf Nervenkrankheit der Nachkommen. Daher soll in der Anamnese von Neurasthenischen etc. stets nach Beschäftigung der Eltern gefragt werden.

In der Discussion stellt Bruns an Oppenheim die Frage, wie seine Annahme von der toxischen Entstehung der multiplen Sklerose in Uebereinstimmung zu bringen sei mit der Thatsache, dass die multiple Sklerose besonders häufig bei Mädchen und schon im zweiten Decennium ist, ob vielleicht auch in diesen Fällen toxische Beschäftigung nachgewiesen ist. Ferner frägt Bruns, ob nach seiner Ansicht in Fällen, in denen Alkohol und Blei combinirt ätiologisch in Betracht kommt, eine Generalisirung der Erscheinung für Alkoholismus spricht (nb. Krankenkassen).

Rehm sah drei Fälle von nervöser Schwäche bei Mädchen, welche mit künstlichen Blumen arbeiteten, wo er Beschäftigung mit Anilinfarben als Ursache beschuldigt. Entfernung aus Beruf brachte Besserung. Auch bei einem Arbeiter in einer Fabrik ätherischer Oele sah er allgemeine Parese der Nerven auftreten.

Oppenheim erwiderte auf Bruns' Frage, dass er keineswegs alle Fälle von multipler Sklerose auf Vergiftung zurückführen wolle. Seine Beobachtungen bezögen sich auf Männer.

Für die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis und Paralysis progressiva waren von den in der Section für Neurologie und Psychiatrie in Halle gehaltenen Vorträgen folgende von Interesse:

1) Binswanger: Demonstrationen zur pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse.

2) Flechsig: Ueber die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis.

3) Moeli und Marinesco: Ueber Syphilis des Nervensystems.

4) Siemerling: Neue Beiträge zur Ophthalmoplegia chronica progressiva.

5) Benno (Karlsfeld): Demonstration einer syphilitischen Neubildung am Kehlkopf eines Paralytikers.

Ueber diese Vorträge wird in einer Fortsetzung des vorliegenden Berichtes im Zusammenhang referirt werden. Zunächst sollen nur noch einige Vorträge erwähnt werden, welche zwar nicht in der Section der Neurologen und Psychiater vom Fach gehalten worden sind, aber doch für diese ein Interesse beanspruchen dürfen.

524) **Dr. Heese** (Halle) spricht „Ueber die Beziehungen des Sympathicus zum Auge“ und erwähnt die bekannten Bewegungsvorgänge, welche auf Reizung des Halsstranges des Sympathicus am Auge sich zeigen, speciell die Lagerungsverhältnisse des Augapfels bei den verschiedenen Thieren. Nach allgemeiner Annahme soll der Augapfel hervortreten, wenn der Sympathicus gereizt, dagegen zurücksinken, wenn dieser durchschnitten wird. Diese Vorgänge spielen sich in der That am Auge des Hundes und

der Katze ab, dagegen begegnet man bei dem Kaninchen gerade entgegengesetzten Verhältnissen. Die Richtigkeit dieser Behauptung sucht Referent zugleich an einem Versuche darzuthun, welcher kurz folgendermaassen angeordnet war: Das Thier ist curarisirt und deshalb künstliche Athmung eingeleitet. Der Kopf des auf den Rücken geschnallten Kaninchens erhält eine solche Drehung, dass das dem freigelegten Sympathicus entsprechende Auge direct nach oben schaut. Die Mitte der Cornea ist vermittelst eines feinen Häkchens mit einem leichten doppelarmigen Hebel in Verbindung gesetzt, welcher seine Schwankungen an einer rotirenden Trommel aufzeichnet.

Bei Reizung des Sympathicus sinkt nun stets, wie die Bewegung des Hebels zeigt, der Bulbus in die Orbita zurück, nach Durchschneidung dagegen tritt er hervor. Umgekehrt erhält man jedoch am eben getödteten Kaninchen die entgegengesetzte Erscheinung, d. h. das Auge tritt jetzt auf Reizung hervor, genau wie es bei Hund und Katze sowohl während des Lebens wie unmittelbar nach erfolgtem Tode sich verhält.

Es muss erwähnt werden, dass die genannten Bulbus-Bewegungen am lebenden Kaninchen auch constatirt werden können am nicht curarisirten Thiere, nur dass dann eine Anästhesirung der Cornea durch Cocaïn unerlässig ist.

Ferner lässt sich nachweisen, dass das Hervortreten resp. Einsinken des Auges bei Sympathicus-Reizung zugleich mit einer leichten Drehung verbunden ist, welche je nach der Thierart verschieden ausfällt. So dreht sich der Bulbus des Kaninchens ein wenig nach unten-aussen, dagegen das Auge des Hundes nach oben-aussen, das der Katze nach oben-innen.

Die oben geschilderten Bewegungsvorgänge am Auge des Kaninchens, welche der bisherigen Anschauung widersprechen, sind dadurch bedingt, dass die in Folge der Sympathicus-Reizung eintretende Contraction der Orbitalgefässe und die dadurch hervorgerufene Anämie in der Augenhöhle zu einem Einsinken des Augapfels führen, dass hingegen nach der Durchschneidung des Nerven die in Folge der Gefässlähmung entstehende Blutfülle den Bulbus hervordrängen muss. Wohl wirkt der glatte Orbital-Muskel Müller's dieser Bewegung entgegen, doch ist er zu schwach, als dass er dieselbe neutralisiren, geschweige denn ein Hervortreten des Auges verursachen kann. Erst dann ist er im Stande, diese Wirkung hervorzurufen, wenn sein überlegener Gegner ausser Function getreten ist, wie am eben getödteten Thiere. Es ist demnach der Schluss zu ziehen, dass die Lagerungsverhältnisse des Augapfels, welche unter dem Einfluss des Sympathicus vor sich gehen, von zwei Factoren beeinflusst werden, dem Musc. orbitalis und den Gefässen der Augenhöhle, — Factoren, die jedoch das Bestreben haben, bei Reizung oder Durchschneidung des Nerven einander entgegenzuwirken. In Folge der wechselnden Grösse beider Kräfte bei den verschiedenen Thierarten geschieht es, dass die Wirkung der Sympathicus-Reizung in Bezug auf die Bulbus-Bewegung so verschiedenartig ausfällt, je nachdem die eine oder die andere Kraft das Uebergewicht besitzt.

(Autoreferat.)

525) **Chiari** (Prag): Ueber Veränderungen des Kleinhirns in Folge von Hydrocephalie des Grosshirns.

Im Bereiche des Kleinhirns, sowie des Pons und der Medulla oblongata kommen in Folge von Hydrocephalie des Grosshirns gar nicht selten beträcht-

liche Veränderungen der Lage, der Architektur und der Textur vor, welche aber bis jetzt nur sehr wenig Berücksichtigung gefunden haben. Chiari konnte bisher drei Typen dieser Veränderungen nachweisen.

Der erste Typus besteht in der öfters zu beobachtenden Verlängerung der Tonsillen und der medialen Antheile der Lobi inferiores des Kleinhirns zu zapfenförmigen Fortsätzen, welche die Medulla oblongata in den Wirbelcanal begleiten. An der Hand eines grösseren Untersuchungsmateriales konnte die Ueberzeugung gewonnen werden, dass diese abnorme Configuration des Kleinhirns wohl immer eine Folge von sehr früh einsetzender, gemeinhin sogenannter congenitaler Hydrocephalie ist und zwar in der Art, dass das Kleinhirn in Folge der Raumbeengung in der Schädelhöhle zum Theile in den Wirbelcanal verdrängt wird und dann in regelwidriger Weise weiter wächst. Die zapfenförmigen Fortsätze des Kleinhirns können symmetrisch oder asymmetrisch sein und können die Medulla oblongata comprimiren; die Substanz der verlängerten Kleinhirntheile kann normale Textur zeigen oder aber Sklerose oder Erweichung erkennen lassen.

Ein zweiter Typus wird gebildet durch die Verlagerung von Theilen des Kleinhirns in den erweiterten Wirbelcanal innerhalb des verlängerten, in den Wirbelcanal hineinreichenden vierten Ventrikels. Die complicirteren anatomischen Verhältnisse dieses Typus werden an einem zur Erläuterung desselben gewählten speciellen Falle, der ein sechsmonatliches Mädchen mit hochgradiger Hydrocephalie des Grosshirns und Spina bifida lumbalis betraf, eingehender geschildert. Es fand sich bei diesem Kinde neben einer bedeutenden Erweiterung der Seitenventrikel und des dritten Ventrikels und Heterotopie von grauer Substanz im verdickten Ependym der Seitenventrikel einerseits Verschiebung des Pons und der Medulla oblongata in den Wirbelcanal, Zusammendrängung der Medulla cervicalis, durch schleifenförmige Ausbiegung der Vorder- und Hinterstränge bedingte Stufenbildung an der Grenze zwischen Medulla oblongata und Medulla cervicalis und Verlagerung von sklerotischen Parthien des Unterwurmes in den Wirbelcanal und zwar in der Art, dass dieselben einen cylindrischen Fortsatz bildeten, welcher innerhalb einer sackförmigen Verlängerung des vierten Ventrikels bis in die Höhe des vierten Halswirbelkörpers reichte; andererseits war Verlängerung der unteren Segmente der Medulla dorsalis, Myelo-Meningocele lumbalis mit completer Diastematomyelie der in die Spina bifida eingetretenen Medulla lumbalis und partieller Diastematomyelie in der Medulla sacralis und Hydromyelie in der Medulla dorsalis zu constatiren. Während diese letzteren Anomalien sicherlich mit der Spina bifida im Zusammenhange standen, mussten die erstgenannten Veränderungen im Bereiche des Pons, der Medulla oblongata, Medulla cervicalis und des Kleinhirns, die sich übrigens ganz identisch auch noch in mehreren anderen Fällen dieses Typus fanden, als eine directe Folge der Hydrocephalie des Grosshirns bezeichnet werden. Durch die Hydrocephalie des Grosshirns wurden die betreffenden Theile des Hinter- und Nachhirns in die Wirbelsäule verschoben, und kam es an ihnen allmählich während ihres weiteren Wachsthums zu den erwähnten Veränderungen der Architektur und Textur.

Vom dritten Typus wurde bisher nur ein einziger Fall gesehen. Es handelte sich bei demselben (fünfmonatliches Mädchen) um die Einlagerung nahezu des ganzen, allerdings selbst hydrocephalischen Kleinhirns in eine Spina bifida cervicalis. Die Spina bifida war kurze Zeit vor dem in

Folge von Meningitis eingetretenen Tode operativ entfernt worden und zunächst für eine Hydromyelocele cervicalis gehalten worden. Erst die Obduction gab darüber Aufschluss, dass der abgetragene Sack das hydrocephalische Kleinhirn gewesen war, welches bei hochgradiger Hydrocephalie des Grosshirns aus dem erweiterten Wirbelcanale in die dem ersten bis dritten Halswirbelbogen entsprechende Spina bifida ausgetreten war und ebendaselbst bei der Operation der Spina bifida amputirt worden war. Es hatte also eine Hydrencephalocele cerebellaris cervicalis vorgelegen, welcher höchst eigenthümliche Befund augenscheinlich auch eine Folge der Raumbeengung in der Schädelhöhle durch die Hydrocephalie des Grosshirns gewesen war.

Schliesslich wird darauf hingewiesen, dass diese verschiedenen Veränderungen des Kleinhirns, sowie des Pons und der Medulla oblongata in Folge von Hydrocephalie des Grosshirns auch klinisch bedeutungsvoll werden könnten, und vielleicht manche der sogenannten hydrocephalischen Symptome darin ihre Erklärung finden dürften. (Autoreferat.)

Von anderen nicht in der neurologisch-psychiatrischen Section gehaltenen Vorträgen möchte ich noch besonders hervorheben:

Nothnagel: „Ueber die Grenzen der Heilkunst.“ Wer als Psychiater den fast völligen Defect der Programme von Halle und Weimar in therapeutischer Beziehung nachdenklich empfunden hat, wird aus diesen Ausführungen Nothnagel's gestärkt und getröstet davon gegangen sein. Als blosser Berichterstatter muss ich verzichten, hier ein psychiatrisches Analogon zu Nothnagel's Sätzen niederzuschreiben und beschränke mich darauf, nachdrücklich auf den längst in extenso veröffentlichten Vortrag hinzuweisen. Denen aber, welche aus dem Programm von Halle und Weimar für die Psychiatrie ein „Therapia nulla!“ abstrahiren, wollen wir Nothnagel's Satz entgegenhalten, dass Heilung nur durch die Lebensvorgänge im Organismus, niemals direct durch ärztliches Eingreifen geschehen kann. Auch die Psychiatrie kann „Schädlichkeiten fernhalten, welche den natürlichen Heilungsprocess verhindern.“ —

(Ein zweiter Bericht wird folgen.)

---

## Hauptversammlung des Preussischen Medicinischen Beamtenvereins zu Berlin am 28. Sept. 1891.

526) Auf Ersuchen des Vorstandes besprach Med.-Rath Dr. **Siemens** (Lauenburg) den im Reichsanzeiger publicirten Entwurf eines Gesetzes gegen den Missbrauch geistiger Getränke.

Er führte kurz Folgendes aus:

Die Vorlage eines solchen Gesetzentwurfes entspricht einem vielfach geäusserten Verlangen der Aerzte, Juristen und Philanthropen. Der vorliegende Entwurf enthält in seinem ersten Theile verwaltungs- und polizeirechtliche Bestimmungen über das Schankgewerbe, über den Kleinhandel mit Branntwein u. dgl., und es liegen in diesem Theile die Erwägungen nicht auf ärztlichem Gebiet; eine Besprechung darüber ist daher für uns nicht am Platze. Unsere Competenz beginnt erst mit dem § 12, welcher von der Entmündigung der Trunksüchtigen handelt. Das Verfahren hierzu soll nach den für die Verschwender vorgesehenen Bestimmungen der Civ.-Proc.-Ordn. erfolgen. Hiergegen ist vom ärztlichen Standpunkte aus einzuwenden, dass

die Trunksüchtigen, wenn sie nicht mehr im Stande sind, ihre eigenen Angelegenheiten zu besorgen, als Kranke anzusehen sind und daher der ärztlichen sachverständigen Begutachtung unterstehen müssen. Das Entmündigungsverfahren hat daher nach den für Geisteskranke erlassenen Bestimmungen der Civ.-Proc.-Ordn. zu geschehen. Hierbei ist zu fordern, dass die Zuziehung von Aerzten als Sachverständigen ausdrücklich vorgeschrieben wird, und nicht, wie in der Civ.-Proc.-Ordn. nur von „Sachverständigen" die Rede ist. Es sind Fälle bekannt, wo ein Geistlicher (Leiter einer Idioten-Anstalt) als Sachverständiger im Entmündigungsverfahren zugezogen worden ist.

Was weiter die vorgesehene Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt betrifft, so ist zu sagen, dass diese gesetzliche Maassregel zu einer Umgestaltung der Trinkerheilanstalten führen muss. Dieselben müssen staatlich organisirt und von Aerzten geleitet werden, in der Art, wie die Irrenanstalten. Nur so kann die Heilung der Trunksüchtigen, welche doch Kranke sind und eine Menge auch körperlicher Krankheitssymptome zeigen, sachgemäss erfolgen.

Endlich ist zu den Strafbestimmungen des Entwurfes zu bemerken, dass eine Bestrafung der Trunksüchtigen, wie sie der § 18 des Entwurfes vorschreibt, unzulässig ist. Die Trunksucht ist ein mehr oder weniger vorgeschrittener krankhafter Zustand, und einen solchen Zustand kann man nicht bestrafen. Die Haft oder das Arbeitshaus „erfüllen ihren Zweck, soweit er auf die Besserung der Trunksüchtigen gerichtet ist, erfahrungsmässig nicht, weil der Aufenthalt in einem Arbeitshause zur Herbeiführung der Heilung von der Trunksucht nicht geeignet ist, eine solche Heilung vielmehr, wie gegenwärtig allgemein anerkannt wird, nur in besonderen Trinkerheilanstalten erreicht werden kann." So besagen selbst die dem Entwurf beigegebenen Motive (zu §§ 20 und 21), und sie üben daher selbst eine vernichtende Kritik gegen die Bestrafung der Trunksucht als solcher aus.

(Autoreferat.)

---

# II. Referate.

## Aus Vereins- und Versammlungs-Berichten.

### Bericht über den zweiten Jahres-Congress der Médecins aliénistes français. Lyon, 3. bis 7. August 1891.

(Nach dem Bericht von Dr. H. Coutagne in Bd. VI, Nr. 35 der „Archives de l'Anthropologie Criminelle.)

*Erster Punkt des Programms.*

527) Ueber die Rolle des Alkoholismus in der Aetiologie der allgemeinen Paralyse.

Dr. **Rousset,** Assistent der Anstalt zu Bron, giebt einen ausgedehnten Bericht über diesen Gegenstand, der den gegenwärtigen Stand der Frage klar legt. Nachdem er nachgewiesen hat, wie sehr die Unbestimmtheit der

anamnestischen Daten in den Irrenanstalten die Untersuchungen über die Geistesstörungen erschwert, weist er die verschiedenen historischen Phasen in den Beziehungen zwischen progressiver Paralyse und Alkoholismus nach, wobei er die Meinungsverschiedenheiten, die seit dem Beginn dieses Jahrhunderts unter den Klinikern über diesen Gegenstand geherrscht haben, scharf beleuchtet. In einem zweiten Capitel behandelt er den Irrthum, der oft begangen wird, indem man alkoholische Excesse, die im Beginn der progressiven Paralyse sehr häufig vorkommen, für die Ursache der Erkrankung hält. Darauf untersucht er, an der Hand von Documenten, die pathologische Geographie des Alkoholismus und der progressiven Paralyse und wirft einen Blick auf die nicht prädisponirten Trinker, sowie auf die irren, cerebralen oder arthritischen Alkoholiker.

Zweiundzwanzig persönliche Beobachtungen führen die verschiedenen klinischen Varietäten der alkoholischen allgemeinen Paralyse vor. Es folgen hier die Schlussfolgerungen des Verfassers.

1. Die Rolle des Alkoholismus in der Aetiologie der progressiven Paralyse ist von jeher der Gegenstand zahlreicher Controversen gewesen. Die Anschauungen der verschiedenen Autoren lassen sich auf vier Hauptströmungen zurückführen.

2. Gewisse, als alkoholische Paralytiker betrachtete Kranke haben in der That alkoholische Excesse begangen, aber erst nach Beginn der allgemeinen Paralyse, sodass dieselben als Wirkungen, nicht aber als Ursache der Krankheit aufzufassen sind. Dieser Zustand von frischerworbenen Alkoholismus darf also bei der Entstehung der Meningo-Encephalitis nicht in Rechnung gezogen werden.

3. Das correlative Fortschreiten der alkoholischen und der paralytischen Geistesstörung darf nicht zu dem Schlusse verleiten, als wäre die eine dieser Krankheiten durch die andere erzeugt. Die geographischen und ethnographischen Beziehungen scheinen nicht für eine Bedeutung des Alkoholismus für die Entstehung der progressiven Paralyse zu sprechen.

4. Auszüge aus den Berichten aller Anstaltsdirectoren Frankreichs beweisen deutlich, dass die Anschauungen der Kliniker über diesen Gegenstand heute noch sehr getheilt sind.

5. Es scheint, dass der Alkoholismus in der Aetiologie der allgemeinen Paralyse eine geringere Rolle spielt, als jenes unbestimmbare, oft unbekannte und ungreifbare Etwas, das man bei allen Krankheiten findet, und das eine, zur Entwickelung der Meningo-Encephalitis nöthige Bedingung zu sein scheint, nämlich die Prädisposition, die, je nach dem Individuum cerebral, arthritisch und nervös, oder alkoholisch sein kann. In einigen, nicht sehr häufigen Fällen kann der chronische Alkoholismus, ohne jede Prädisposition, die progressive Paralyse hervorrufen, indem er auf die Dauer einen Process von Bindegewebswucherungen und Hirnsklerose hervorruft.

Magnan (Paris) eröffnet die Discussion durch eine klinische und anatomische Darstellung des chronischen cerebralen Alkoholismus und besteht auf der Wichtigkeit der Prädisposition nicht nur des Individuums, sondern auch des Organs, für die Localisation der alkoholischen Läsionen. Für ihn existirt wohl eine allgemeine Paralyse, nicht aber eine alkoholische allgemeine Pseudoparalyse. Die mit diesem letzteren Namen bezeichneten Kranken lassen sich in drei Gruppen theilen: erstens chronische Alkoholiker mit cerebralen Läsionen, zweitens wahre progressive Paralytiker, die in den

ersten Etappen der Krankheit Remissionen haben, und drittens hereditär degenerirte, die unter dem Einfluss von Alkohol cerebrale Symptome zeigen, welche progressive Paralyse vortäuschen.

Régis (Bordeaux) glaubt nach seinen Beobachtungen in Castel d'Andorte annehmen zu müssen, dass der Alkohol in der Aetiologie der progressiven Paralyse bei den gebildeten und Mittelclassen in der Gironde nur eine secundäre Rolle spielt; dagegen erscheinen ihm von diesem Gesichtspunkt aus hereditäre Disposition und Syphilis von bedeutend grösserer Wichtigkeit.

Marie und Bonnet äussern auf Grund von persönlichen statistischen Daten analoge Ansichten, dass nämlich der Alcohol häufiger als andere Gifte (Blei, Quecksilber, Morphium), aber auf dieselbe Art wie diese, zur Entwickelung der Krankheit bei erblich Belasteten beiträgt.

Combemale berichtet über seine, erst in Montpellier, dann in Lille gemachten Beobachtungen an Hunden, die er dauernd an Alkoholgenuss gewöhnt hatte; diese Thiere zeigten zwischen dem vierten und elften Monat eine Reihe charakteristischer, physischer und geistiger Symptome, und zeigten bei der Autopsie die der progressiven Paralyse eigenen Symptome.

Christian bestreitet diese Aehnlichkeit und meint, dass es sich in diesem Falle wahrscheinlich um Encephaliten handelt, die anatomisch von der Meningo-Encephalitis der progressiven Paralyse abweichen.

Magnan weist auf die Beobachtungen Combemale's an Hunden hin. Auch er besteht auf der Wichtigkeit der meningo-encephalitischen Läsionen und räth gegenüber den mikroskopischen Befunden zur Vorsicht. Die classische Adhäsion der Mennigen kann fehlen, wenn in Folge von langsamer Agonie eine beträchtliche seröse Exsudation unterhalb dieser Membrane stattgefunden hat. Magnan hat in diesen Fällen eine Injection von Wasser in die Arterien, einige Stunden vor der Autopsie, angewendet.

Mairet hält dafür, dass der Alkohol direct als Factor der progressiven Paralyse wirken kann, dass diese dann aber specielle Besonderheiten zeigt. Für ihn giebt es also eine allgemeine alkoholische Paralyse, deren klinisches Bild er darstellt, die sich vor allem durch Hallucinationen, motorische Störungen — die an die spasmodische Tabes erinnern —, nicht fixirte Wahnideen, Perversität des Charakters u. s. w. auszeichnet.

Charpentier ist der Meinung, dass es eine Reihe von Fällen progressiver Paralyse giebt, hervorgerufen durch Intoxicationen mit verschiedenen Substanzen, für die sich charakteristische Läsionen nachweisen lassen würden.

Cadéac berührt von Neuem das experimentelle Gebiet. Er glaubt, dass man im Alkoholismus zwischen dem Wein und den verschiedenen in den Liqueuren enthaltenen Substanzen unterscheiden muss; er selbst hat mit Hinblick auf diese Unterscheidung Experimente angestellt und dabei constatirt, dass bei Hunden die dauernde Einwirkung von eau d'arquebuse skleröse Läsionen ohne fettige Degeneration hervorruft, besonders in Leber und Nieren, und zeigt diesbezügliche Abbildungen.

Ladame meint, in Uebereinstimmung mit seinen Vorgängern, dass die Rolle des Alkoholismus für die Aetiologie der progressiven Paralyse nicht übertrieben hoch angeschlagen werden darf. Die durch das Bundesgesetz von 1886 in der Schweiz hervorgerufenen Veränderungen in der Entwickelung des Alkoholismus hat auf die Statistik über allgemeine Paralyse in den Anstalten des Cantons Genf keinen Einfluss gehabt.

Camuset legt in einigen Sätzen dar, wie vorsichtig bei einer so complicirten Frage die administrativen und medicinal-statistischen Berichte aufgefasst werden müssen.

Joffroy ist der Ansicht, dass bei der Lösung des Problems die klinische Beobachtung nur Muthmaassungen ergeben kann, womit nicht gesagt sein soll, dass der Alkohol genüge, um für sich allein, vollständig, dementia paralytica herbeizuführen. Auch die Statistik kann nur approximative Daten geben. Zu genaueren Resultaten wird erst die pathologische Anatomie führen, die aber bis jetzt verhältnissmässig nicht sehr fortgeschritten ist. So glaubt er, dass das Leiden der dementia paralytica nicht, wie gewöhnlich gelehrt wird, interstitiell, sondern parenchymatös ist; er hat die cellulären Veränderungen untersucht, worüber er sich nicht vorzeitig äussern will, in denen aber, seiner Meinung nach, die Lösung der Frage zu finden ist.

Pierret spricht, gestützt auf eine Vergleichung des klinischen Verlaufs mit der pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse, seine Meinung dahin aus, dass die granulo-pigmentären Störungen der Hirnzellen die primäre Störung bei dieser Krankheit bilden und sich durch Störungen in der Ideenbildung äussern. Er besitzt persönliche Erfahrungen über Fälle von progressiver Paralyse ohne interstitielle, cerebrale Sklerose. In der senilen physiologischen Entwickelung, bei der es sich vorzugsweise um interstitielle Läsionen handelt, kommen Perioden, die die progressive Paralyse repräsentiren, nicht oft vor, häufiger dagegen klinische Zustände, die sich denen des Alkoholismus nähern.

Magnan theilt die Ansichten der beiden letzteren Redner nicht. Er hat die interstitielle Meningo-Enphalitis als anatomisches Charakteristicum der Dementia paralytica niemals leugnen hören, und auch auf dem Berliner Congress, wo die Frage an der Tagesordnung war, hat Niemand eine abweichende Meinung geäussert. Progressive Paralyse ohne interstitielle Sklerose ist ihm unbekannt. Bei Sectionen in der 3. Periode findet man, wenn man die cerebralen Störungen von vorn nach hinten untersucht, regelmässig, dass die interstitiellen Läsionen bis zur hinteren Partie mehr vorgeschritten und verallgemeinert sind, als die auf die vorderen und hinteren Hirntheile beschränkten parenchymatösen Läsionen.

Morderet glaubt nicht an Pseudo-Paralysen; er theilt einen Fall mit, wo bei der Section die classischen Läsionen der Dementia paralytica bei einem Patienten gefunden wurden, der zu seinen Lebzeiten keine diesbezüglichen Symptome gezeigt hatte.

Gilbert Ballet bestätigt die Anschauungen Magnan's über das regelmässige Zusammentreffen von interstitiellen und parenchymatösen Störungen und sagt einige Worte über die Verschiedenheiten der statistischen Daten, je nach dem Orte ihrer Herkunft. Ohne die auf dem Lyoner Congress so hart mitgenommenen Pseudo-Paralysen vertheidigen zu wollen, räth er doch, den Ausdruck beizubehalten, nicht als Bezeichnung einer nosologischen Gattung, sondern als eine Warnung für den Kliniker in zweifelhaften Fällen, die das classische Bild der Krankheit vortäuschen.

Combemale kommt auf die Thatsachen zurück, von denen sein Inauguralsatz ausging, und theilt zwei Beobachtungen mit, die für die Beziehungen zwischen frühzeitiger progressiver Paralyse und erblichem Alkoholismus zu sprechen scheinen.

*Zweiter Punkt des Programms.*

528) Ueber strafrechtliche Verantwortlichkeit und die Internirung verfolgungssüchtiger Irren.

Henry Coutagne giebt zunächst eine Definition des Begriffs „aliéné persécuteur", bei dessen Anwendung folgende Bedingungen erfüllt sein müssen: Chronicität, Verfolgungsideen, die sich auf ein oder einige wenige Individuen beziehen, Intactheit der logischen Deduction, langsamer Verfall in Demenz. Der persécuteur findet sich beim primären und secundären Verfolgungsdelir bei den Degenerirten höherer Stände und bei den Hysterischen; die Eintheilung in verfolgte Verfolger und argumentirende Verfolger ist rationell und nützlich; beachtenswerth sind die „latenten Verfolger", die ihre Wahnvorstellungen oft bis zur Schlusskatastrophe hartnäckig dissimuliren. Der expansive oder latente persécuteur kommt in der verschiedensten Weise mit dem Strafgesetz in Conflict, neben seinen sozusagen classischen Vergehen, denen gegen die Person, die bis zum Morde gehen können; seine strafrechtliche Verantwortlichkeit wäre leicht aus der des Irren zu deduciren, wenn man über die theoretische Grundlage dieser Frage in Uebereinstimmung wäre. C. ist der Meinung, dass die Geistesstörung in allen ihren Formen als Graduator, nicht als Eliminator der Zurechnung dienen müsse, und dass der Arzt bis zum Eintritt einer Strafrechtsreform auf eine volle, eine verminderte und eine aufgehobene Zurechnung schliessen dürfe; die verminderte Zurechnung entspräche der Mittelstufe von Maudsley. Nach diesen Grundsätzen will C. den verfolgten Verfolger für unzurechnungsfähig erklärt wissen, den argumentirenden Verfolger nur in den ausgesprochensten Fällen für unzurechnungsfähig, sonst für vermindert zurechnungsfähig. In jedem Falle ist C. für die Internirung des verfolgungssüchtigen Irren, sowohl im therapeutischen Interesse, als in dem der öffentlichen Sicherheit, letzteres auch, um die Umgebung vor Contagion zu schützen. „On peut séquestrer un persécuteur trop tard, on ne pourra jamais le séquestrer trop tôt." Der persécuteur persécuté muss sehr lange internirt sein, der persécuteur raisonnant kann eher in Freiheit gesetzt werden, aber stets mit der Gefahr des Recidivs. Soll man die Dauer der Internirung von der Schwere des Verbrechens abhängig machen? In Frankreich neigt man nach Aubanels Vorgang zur lebenslänglichen Internirung jedes Mörders. Coutagne hält das für nicht gerechtfertigt, da der Grad des Verbrechens keinen Schluss auf die Dauer gefährlicher Impulse gestattet. C. empfiehlt die in Broadmoor ausgeübte Praxis, wo verbrecherische Geisteskranke nur bedingungsweise entlassen werden unter Garantie eines zuverlässigen Bürgen, der den Director von den geringsten Anzeichen eines Rückfalls benachrichtigt. Broadmoor hat zwischen 1863 und 1889 112 verbrecherische Irre, die gemordet hatten, entlassen, von denen 19 wieder eingeliefert wurden, darunter ein einziger wegen eines neuen Verbrechens. Schliesslich betont C. die Nothwendigkeit weiterer Reformen gerade mit Hinblick auf die Verfolger. Eine grössere Mannigfaltigkeit in ihrer Behandlung, ihre Trennung von gewissen Kategorien störender Irrer, ihre Beschäftigung in den Ackerbaucolonien, selbst ihre Deportation über See können in bestimmten Krankheitsformen indicirt sein.

Charpentier glaubt, dass C. die Classe der verfolgungssüchtigen Irren zu eng umschrieben hat, und will dieselben durch folgende Charaktere bestimmen: Fixirtheit, wahnhafter Charakter einer Vorstellung, ver-

folgt zu sein, die für sich allein zu einer gefährlichen Handlung treibt. Man müsste sich hüten, von der Aufhebung der Zurechnung zu sprechen, in gewissen Fällen wäre eine partielle, nicht eine verminderte Zurechnungsfähigkeit anzunehmen. Die Internirung müsse aufhören, sobald keine Zeichen von Geistesstörung mehr beständen. Ein Recidiv liesse sich nie voraussehen. Während der Internirung gehörten zu den nützlichen therapeutischen Mitteln die absolute, prophylaktische Isolirung, Zwangsmittel und selbst Strafen.

Giraud fragt, was man mit der partiellen oder verminderten Zurechnung vor den Geschworenen wolle; besser beschränke man sich wohl in diesen Fällen auf den Ausdruck des eigenen Zweifels; wünschenswerth wären Verbrecher-Asyle.

Ballet möchte aus praktischen Gründen den Ausdruck aliénés persécuteurs auf die von Falret als persécuteurs raisonnants bezeichneten beschränkt wissen, die persécuteurs persécutés wären eine scharf charakterisirte pathologische Classe und unzurechnungsfähig; eine verminderte Zurechnungsfähigkeit dürfe nur bei präcis bestimmten, klinischen Charakteren ausgesprochen werden, anstatt einem diagnostischen Fragezeichen zu entsprechen.

*Dritter Punkt des Programms.*

529) Die Fürsorge für Epileptische.

Der Referent Lacour betont die sehr geringe Fürsorge für Epileptische von Seiten der französischen Armenpflege. Sieht man von den epileptischen Geisteskranken ab, die in Anstalten untergebracht sind, so zeigen die Etats aller Departements zusammen eine Summe von noch nicht 34000 Francs, die für Epileptische bestimmt sind; die französische Verwaltung hätte dafür nur eine Entschuldigung, die, dass es in anderen Ländern auch nicht besser wäre. In Paris ständen die Sachen etwas besser, seitdem auf Veranlassung Bournevilles in Bicêtre in die Idiotenabtheilung auch epileptische Kinder aufgenommen werden. Sonst besteht in ganz Frankreich nur eine städtische Epileptiker-Abtheilung in Lyon und drei von geistlichen Orden verwaltete Epileptiker-Anstalten. Lacour entwickelt bezüglich der ganzen Frage sehr breit angelegte Ideen: Man würde die Fürsorge für Epileptische sehr verkehrt auffassen, wenn man dabei an diese oder jene medicamentöse Behandlung dächte; diese Fürsorge ist etwas sehr Complexes, man muss sich mit dem Individuum beschäftigen, auf alle seine Interessen eingehen, an sein Gefühlsleben appelliren, seine Intelligenz entwickeln, ihm Liebe zur Arbeit einflössen und für Beschäftigung sorgen. Unter diesem unaufhörlichen Einfluss haben Medicamente eine entschiedenere Wirkung. Das Beste hängt vom Takt, der Hingebung und der Ausdauer der Umgebung ab.

Carrier (Lyon) verlangt eine Differenzirung der Fürsorge je nach den verschiedenen Classen der Epileptiker. Epileptische Geisteskranke gehörten in die Irrenanstalten; Fälle von Hilflosigkeit in Folge von Atrophie oder Lähmungen bei verschiedenen Hirnläsionen gehörten in Siechenanstalten; eine dritte Classe bildeten die Epileptiker mit häufigen Krampfanfällen, die einer mehr oder weniger andauernden Unterbringung bedürften, und schliesslich Epileptische, deren Anfälle selten, oder in vereinzelten Serien kommen, und für welche eine Combination von Familienpflege mit temporärem Anstaltsaufenthalt nothwendig ist. Sehr wesentlich ist ein traitement moral und das mächtigste therapeutische Agens vielleicht die Organisation der Arbeit.

Kurella.

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 November.** Neue Folge II. Band.


## I. Originalien.

I.

### Ueber eine durch congenitale Syphilis bedingte Gehirnerkrankung.

Vortrag, gehalten im psychiatrischen Verein der Rheinprovinz am 13. Juni 1891.


Von Dr. ALBRECHT ERLENMEYER in Bendorf a. Rh.


Seit einigen Jahren bin ich auf einen durch Gehirnerkrankung bedingten Symptomencomplex aufmerksam geworden, der in mehrfacher Beziehung bemerkenswerth und der Mittheilung werth erscheint.

Ich habe deshalb, als mir der verehrte Vorsitzende unseres Vereins die Bitte vorlegte, bei der heutigen Versammlung einen Vortrag zu halten, nicht gezögert, diese Bitte zu erfüllen, und will meinen Mittheilungen die erwähnten Beobachtungen zu Grunde legen.

Das zu beschreibende Krankheitsbild habe ich bis jetzt fünfmal gesehen, und nur bei Personen jugendlichen Alters; dreimal bei Knaben im Alter von 12, 15 und 16 Jahren, zweimal bei Mädchen von 15 und 16 Jahren.

Alle fünf Patienten traten in meine Behandlung wegen Epilepsie. Bei allen war leicht festzustellen, dass sog. Jackson'sche Epilepsie vorlag, die in nur einseitigen Extremitätenkrämpfen bestand. Aber die körperliche Untersuchung ergab einen Befund, der den der Jackson'schen Epilepsie an Bedeutung übertraf: Eben dieselben Extremitäten, die von den Krämpfen befallen wurden, waren in ihren Grössenverhältnissen kleiner als die der anderen Körperhälfte. Ich fand Armverkürzungen bis zu 3 ctm, Beinverkürzungen bis 2 ctm. Die Differenzen im Umfange betrugen in maximo am Oberarm 2,5 ctm, am Oberschenkel 3,0 ctm.

Die Motilität dieser verkürzten und dünneren Extremitäten war normal. Weder eine Parese, noch ein spastisches Verhalten bestand. Durch die elektrische Prüfung habe ich nie abnorme Muskel- resp. Nerven-Muskelreaction nachweisen können. Die kranken Extremitäten waren im Allgemeinen schwächer als die gesunden, was besonders auffiel bei dem verkürzten und dünneren linken Arm, was ich dreimal beobachtete.

Im Gegensatz zu der normalen Motilität fand ich eine gewisse Hypästhesie, und zwar vornehmlich kinästhetischer Natur, also eine Beeinträchtigung des Localisationsgefühles, eine mehr oder weniger deutliche Abschwächung des Bewusstseins über die Lage der Glieder und über die Belastung mit Gewichten.

Einmal fand ich bei einem Knaben von 16 Jahren eine deutliche Hemiatrophie der Zunge, Ptosis und leichte Gesichtsatrophie auf derselben Seite, auf welcher die Extremitäten erkrankt waren. Bei einem 15jährigen Mädchen sah ich ebenfalls auf der kranken Seite eine Facialisparese. Sonstige motorische, sensible und trophische Nervenstörungen habe ich bei den fünf Kranken nicht aufgefunden.

Die Anamnese ergab, dass die Kranken im ersten oder in den ersten Lebensjahren von einer fieberhaften Erkrankung befallen worden waren, nach welcher sich die epileptischen Anfälle eingestellt haben, sei es, dass sie gleich in voller Ausbildung auftraten, sei es, dass sie sich nach und nach entwickelten. Die Art dieser fieberhaften Erkrankung in den ersten Lebensjahren konnte nur in einem Falle durch hausärztliche Erklärung als Gehirnentzündung festgestellt werden; ich glaube aber nicht fehl zu gehen, wenn ich für die übrigen Fälle dasselbe annehme. Wenn mit aller Bestimmtheit von den Angehörigen Symptome beschrieben werden, wie Zähneknirschen, Schielen, Nackensteifigkeit; wenn ferner mitgetheilt wird, dass auf ärztliche Verordnung der Kopf mit Eisbeuteln oder, nachdem er rasirt war, mit Emplastr. cantharidum bedeckt wurde, dann ist die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Meningitis mit Periencephalitis wohl gestattet.

Die Verkürzung und Verschmächtigung der einseitigen Extremitäten dürfte wohl als Wachsthumshemmung aufzufassen und diese wiederum auf eine Entwicklungshemmung der zugehörigen Rindencentren zurückzuführen sein. Eine derartige Entwicklungshemmung der Rindencentren in ursächliche Verbindung zu setzen mit einem entzündlichen Process, der vielleicht in den Gehirnhäuten begonnen und auf die Gehirnsubstanz übergegriffen hat, das scheint mir keinen Schwierigkeiten zu begegnen. Um so eher scheint mir das zulässig, als die in der Entwicklung zurückgebliebenen Extremitäten von Convulsionen befallen sind; denn es ist uns durchaus geläufig, dass unilatrale Convulsionen in der allergrössten Mehrzahl der Fälle von der Hirnrinde aus ausgelöst werden.

Welche anatomische Veränderung bei den fünf beobachteten Fällen in der Hirnrinde vorliegt, entzieht sich natürlich einer bestimmten Beurtheilung. Am meisten wahrscheinlich für die Entwicklungshemmung der Centren scheint mir eine Art oder ein gewisser Grad von Atrophie.

Für die therapeutischen Bestrebungen ist die Beantwortung der Frage von Bedeutung, ob in dieser atrophischen Rindenveränderung allein der Reiz zu suchen ist, welcher für die Auslösung der epileptischen Convulsionen angenommen werden muss, oder ob es dazu noch eines weiteren pathologischen Reizes bedarf. Ich muss gestehen, dass mir die Annahme

einer Doppelwirkung der in ihrer Entwicklung aufgehaltenen Rindencentren, nämlich Wachsthumshemmung der zugehörigen Extremitäten und epileptische Convulsionen derselben nicht recht sympathisch ist, weil ich mit dem Begriffe der centralen Atrophie den der peripheren Lähmung zu verbinden gewohnt bin und nicht den von Krämpfen. Bei den gewöhnlichen Jackson'schen Krämpfen in normal entwickelten Extremitäten liegt die Sache ja auch so, dass das zugehörige erkrankte Rindencentrum in einem Reizungszustand sich befindet, wie z. B. bei syphilitischem Gumma, bei solitärem Tuberkel, bei Knochensplitter. Ich gebe daher der weiteren Annahme eines meningitischen Exudates, welcher die atrophischen Rindencentren reizt und dadurch die Krämpfe in den zugehörigen Extremitäten auslöst, den Vorzug. Auf dieser Annahme habe ich in den beiden letzten Fällen, die mir zur Behandlung kamen, die Prognose dahin formulirt, dass es durch eventuelle Resorption des meningitischen Exudates möglich sei, die Jackson'schen Convulsionen zu beseitigen, während die Verkürzung der Extremitäten unveränderlich bleibe. Der Erfolg der Behandlung hat wenigstens in einem Falle die Vorhersage bestätigt. Dabei bin ich mit grossen Dosen Jodsalzen in Verbindung mit Soolbädern ausgekommen; ein operativer Eingriff scheint mir dabei eventuell nicht ohne Aussicht zu sein.

Wenn ich mich nun der Ursache des geschilderten Krankheitsbildes zuwende, so genügt die Thatsache vollkommen, dass die Patienten in ihrer ersten Jugend von einer fieberhaften Erkrankung befallen gewesen waren, die aller Wahrscheinlichkeit nach eine Gehirnentzündung gewesen ist. Die vorhandenen Symptome als Folgezustand dieser Gehirnentzündung aufzufassen und zu erklären, das begegnet absolut keinen Schwierigkeiten.

Ich bin indessen noch einen Schritt weiter zurück gegangen und habe klarzustellen versucht, welcher Art diese Gehirnentzündung gewesen, wodurch sie entstanden ist. War sie eine gewöhnliche Meningealreizung, wie sie bei dem Durchbruch der Zähne häufiger beobachtet wird? War sie tuberculöser Natur? Hatte ein Trauma eingewirkt? Nichts von dem traf zu. Dagegen konnte ich in drei Fällen die ausserordentlich bemerkenswerthe Thatsache feststellen, dass der Vater der Patienten vor seiner Verheirathung syphilitisch war. Damit wird für diese drei Fälle die sehr wichtige Frage aufgeworfen, ob der geschilderte Symptomencomplex ursächlich auf einen congenital-syphilitischen Gehirnprocess zu beziehen ist. Für die Beantwortung dieser Frage habe ich wichtiges Material beigebracht. Zwei dieser Patienten, zwei Knaben, waren Erstgeburten, aber zweite Früchte, d. h. der normal beendeten Schwangerschaft, durch welche diese Kinder ausgetragen wurden, war ein Abortus vorhergegangen, dem ja bekanntlich in der Lehre der congenitalen Syphilis eine hohe Beweiskraft innewohnt. Für alle drei Kinder habe ich ferner und zwar zweimal durch hausärztliche Mittheilung, einmal durch Erklärung der Eltern, die einwandsfreie Anamnese erheben können, dass bei der Geburt bezw. in den ersten Lebensjahren Symptome von congenitaler Syphilis zur Beobachtung gekommen sind. Darnach stehe ich nicht an, für diese drei Fälle das geschilderte Krankheitsbild als Folgezustand congenitaler Syphilis aufzufassen, hervorgerufen durch eine syphilitische Meningitis resp. Periencephalitis.

Für die beiden anderen Patienten ist mir der Nachweis syphilitischer Aetiologie nicht gelungen; ich muss aber ausdrücklich betonen, dass auch

das Gegentheil nicht erwiesen ist. Die Väter der Patienten waren nicht mehr am Leben, die Namen der Aerzte, welche die Kinder bei der Geburt resp. in der ersten Lebenszeit gesehen hatten, waren nicht zu erfahren. Bei dem einen Mädchen fand ich bei der Untersuchung eine Perforation des Trommelfelles und erfuhr von der Begleiterin, dass früher ein eitriger Ausfluss aus dem Ohre bestanden haben soll, der nach vielen vergeblichen Curen durch Jodoformbehandlung beseitigt worden sei. Die Möglichkeit, dass auch in diesem Falle Syphilis vorlag, ist mithin nicht ganz von der Hand zu weisen; doch nehme ich es, wie gesagt, nicht als erwiesen an.

Der beschriebene Zustand erinnert ohne Zweifel an die sog. cerebrale Kinderlähmung; er unterscheidet sich aber wesentlich von ihr dadurch, dass bei ihm absolut jede Lähmung und jede Contractur fehlt. Trotzdem kann ich mich des Gedankens nicht ganz erwehren, dass beide Krankheitsbilder doch nur graduell von einander verschieden sind, und dass der Ausschlag für die eine oder für die andere Form nur gegeben wird von der Ausdehnung der cerebralen Läsion. Bei beiden Formen ist der Beginn manifestirt durch eine entzündliche cerebrale Erkrankung; bei der schwereren Form, der sog. Kinderlähmung, kommt es zu plötzlicher Hemiplegie, zu epileptischen Convulsionen in den gelähmten Gliedern, dann zu Wachsthumshemmung und spastischen Contracturen, während bei der milderen Form, die ich Ihnen heute vorgetragen habe, die Lähmung und die Contracturen ausbleiben. Ist da die Vorstellung nicht gestattet, dass der cerebrale Herd bei den schweren Fällen über die Rinde hinaus auf die weisse Substanz übergegriffen hat, und dass gerade die plötzliche Hemiplegie und die Contractur durch die Betheiligung der Leitungsbahnen entstanden ist, während er bei der leichteren Form auf die Rinde beschränkt blieb?

Wie dem aber auch sei, die Aehnlichkeit beider Formen bleibt unverkennbar, und durch meine Beobachtungen gewinnt die Beziehung der Syphilis zur cerebralen Kinderlähmung ganz gewiss eine höhere Bedeutung. Die Aetiologie der cerebralen Kinderlähmung ist noch dunkel. Einzig sichergestellt als Ursache ist das Trauma. Die Behauptung mancher Lehrbücher, dass die cerebrale Kinderlähmung infectiöser Natur sei, weil sie zuweilen nach Scharlach auftritt, ist durch nichts bewiesen. Auch die Beziehung der Syphilis zu ihr war bisher problematisch. Aber meine heutigen Mittheilungen sind vielleicht gerade geeignet, auf dieses ätiologische Moment, auf die Syphilis als Ursache der cerebralen Kinderlähmung ein helleres Licht zu werfen, und die fernere Beobachtung von cerebraler Kinderlähmung wird vielleicht häufiger als bisher die Syphilis als Ursache zu Tage fördern. Dabei darf eines nicht vergessen werden, nämlich, dass eine latente congenitale Syphilis durch eine fieberhafte Erkrankung manifest werden kann, dass also das Auftreten einer cerebralen Kinderlähmung nach einem Scharlachfieber oder einer anderen infectiösen Erkrankung doch noch eine andere Bedeutung haben kann als die, acut infectiöser Natur zu sein; sie kann eben die Manifestation einer bis dahin latent gewesenen congenitalen Syphilis vorstellen.

Die Bedeutung meiner Mittheilungen liegt meines Erachtens in erster Linie im Symptomenbilde. Während bisher nur die schweren Formen cerebraler Kinderlähmung bekannt waren, habe ich gezeigt, dass es auch Fälle giebt ohne Lähmung und Contracturen, Fälle, bei denen die epileptischen Convulsionen und Entwicklungshemmung im Vordergrund des Symptomenbildes

stehen. Ich fasse beide Formen nur als graduell verschieden auf, bedingt durch verschiedene Ausdehnung des cerebralen Herdes. — Eine weitere Bedeutung glaube ich in dem Nachweis der congenitalen Syphilis als Krankheitsursache zu finden. Es ist ganz selbstverständlich, dass nicht die organische Qualität des cerebralen Herdes den Typus des Krankheitsbildes hervorbringt, sondern dass letzteres allein abhängig ist von der Localisation und Ausdehnung der Rindenerkrankung. Es kann also sehr wohl ein gleiches oder ähnliches Symptomenbild durch eine nicht-syphilitische Rindenläsion ausgelöst werden. Aber die weitere Erfahrung wird zeigen, dass die congenitale Syphilis dabei eine grössere Rolle spielt, als man bis jetzt angenommen hat.

---

## II.

## Photographische Combination von Gehirn- und Schädelbild.

Von Dr. R. SOMMER,
Assistenten an der psychiatrischen Klinik in Würzburg.

Im Folgenden will ich eine Methode zur craniocerebralen Topographie kurz beschreiben, welche, soviel ich weiss, bisher nicht angewendet worden ist. Ich ging von der Aufgabe aus, die relative Lage der Coronarnaht zu dem sulcus Rolando in möglichst vielen Fällen gleich bei der Section speciell von Paralytischen zu bestimmen, um hierdurch einen Anhaltspunkt für die aus der diffusen Atrophie resultirenden Form- und Lageveränderung des Gehirns zu bekommen. Die Schwierigkeiten der mechanischen Feststellung dieses Lageverhältnisses, z. B. durch Excision oder Durchbohrungen längs der Coronarnaht und Bestimmung der freigelegten bezw. getroffenen Gehirnpartien, brachten mich auf den Ausweg einer optischen Projection der Coronarnaht auf die Gehirnoberfläche, ein Gedanke, der sich durch Hilfe der Photographie verwirklichen liess. Es kam darauf an, das Bild des Schädeldaches mit dem der Gehirnoberfläche auf photographischem Wege zu combiniren, so dass gewissermaassen die Nähte in das Gehirnbild eingezeichnet wurden.

Es musste also aus der gleichen Entfernung zuerst das Schädeldach in situ, darauf die Gehirnoberfläche womöglich ohne jede Verschiebung in ihrer ursprünglichen Lage aufgenommen werden. Die so aufgenommenen Bilder mussten entweder gleich auf derselben Platte im Negativ oder, nach der Aufnahme auf zwei getrennten Platten, hinterher beim Positivverfahren combinirt werden. Wenn bei horizontaler Lage der Leiche das Schädeldach abgenommen wird, so sinkt das Gehirn stets nach unten und es tritt eine Verschiebung der Gehirnoberfläche zu der Fläche ein, welche die Innenseite des jetzt abgenommenen Schädeldaches vorher eingenommen hatte. Daher ergab sich die Nothwendigkeit, den Schädel in seinem frontooccipitalen Durchmesser horizontal einzustellen. Ferner musste jede Lageveränderung des Kopfes in toto bei der Abnahme des aufgesägten und in der angegebenen Lage in situ photographirten Schädeldaches vermieden werden. Diese Lage des Kopfes bedingte ihrerseits wieder eine vertical von oben nach unten gerichtete Stellung der Camera und der Linse. Zur Vergleichung der einzelnen

Doppelaufnahmen musste die Entfernung der Linse vom Object stets gleich gelassen werden. Da die zur Verfügung stehenden photographischen Apparate es nicht immer gestatten, die Aufnahmen in natürlicher Grösse zu machen, so musste eine andere Methode gefunden werden, um die resultirenden Bilder vergleichbar und messbar zu machen. Es ergab sich die Nothwendigkeit, in der ein für allemal festgehaltenen Entfernung von der Linse zum Object ein Fadennetz zu photographiren, dessen Einheit ein Quadratcentimeter war. Dieses Netz bietet natürlich zunächst nur die Möglichkeit, die Längen- und Breitenmaasse der photographirten Schnittfläche direct abzulesen, während es bei der optischen Projection auf die gewölbte Gehirnoberfläche kein directes Maass, z. B. der Windungen, bietet. Allerdings sind trotzdem die verschiedenen damit aufgenommenen Combinationsbilder vergleichbar, weil bei allen ungefähr d e r g l e i c h e Fehler vorhanden ist. Dieses Negativ konnte dann ein für allemal zur Uebertragung eines Maassstabes auf das combinirte Bild verwendet werden. Technisch glaubte ich den aus meinem Vorhaben a priori abgeleiteten Nothwendigkeiten folgendermaassen gerecht zu werden.

Auf dem Untersatz der Camera wird ein Eisenwinkel von 90° angebracht, an dessen verticaler Stange die Camera — mit der Linse nach unten — festgeschraubt wird, während am Ende des horizontalen Astes ein Gegengewicht angebracht wird. Der Dreifuss wird so gestellt, dass die Linse in bestimmter Entfernung vertical über dem Schädel steht.

Zur Fixirung des Kopfes in der angegebenen Horizontalstellung muss ein Kopfhalter verwendet werden, welcher von den bei Photographen gebräuchlichen sich nur dadurch unterscheidet, dass der halbkreisförmige Reifen, in welchen das Hinterhaupt passt, vermöge eines Scharnirs an der Convexität zu einer Art „Zange“ umgewandelt wurde. Dabei musste die Möglichkeit einer verschieden weiten Oeffnung der Zangenarme durch eine Schraubenvorrichtung erreicht werden.

Jeder Mechaniker kann diesen modificirten Kopfhalter mühelos herstellen. In diese Haltezange wird der Kopf des etwas aufgerichteten und im Rücken unterstützten Leichnams eingestellt, nachdem vorher das Schädeldach in einer durch die arcus superciliar. und die protub. occ. externa gelegten Ebene durchgesägt ist.

Das Schädeldach wird von dem fixirten Schädel erst abgenommen, nachdem die Aufnahme desselben von oben schon gemacht ist. Nun wird vorsichtig das Schädeldach abgenommen, die Dura, so weit sie freiliegt, ohne Lageverschiebung des Gehirns entfernt und schliesslich auch, wenn es ohne Substanzverlust möglich ist, die Arachnoidea, so weit sie freiliegt, abgezogen, was bei einiger Uebung meist ohne jede Lageveränderung des Gehirns gelingt. Nothwendig ist die Entfernung der Arachnoidea nicht, man erhält jedoch danach viel schönere photographische Bilder. Allerdings muss der Hauptgesichtspunkt festgehalten werden, dass das Gehirn durchaus keine Lageveränderung erleiden soll.

Nach unveränderter Beibehaltung der ersten Stellung der Camera wird nun an zweiter Stelle das Bild der Gehirnoberfläche aufgenommen. Die Combination der völlig gleich grossen Bilder kann in verschiedener Weise geschehen. Am einfachsten ist es, zwei Papierbilder zu machen und, nachdem man sie zur Deckung gebracht hat, die Nähte des Schädeldaches, ferner Exostosen, Emmissarien etc. auf das Gehirnbild durchzuzeichnen.

Zu berücksichtigen ist, dass die optische Projection in den abschüssigen Theilen der photographirten Gehirn- und Schädelwölbung eine Fehlerquelle enthält. Verwerthbar sind bei der genannten Einstellung nur die Projectionen der mehr nach oben gekehrten Partien, so dass also die Methode zunächst für die Eingangs gegebene Fragestellung geeignet erscheint.

Man wird jedoch dieselbe durch Veränderung der Schädeleinstellung auch für andere Aufgaben der craniocerebralen Topographie leicht verwenden können. Zunächst kann z. B. sofort die Verkleinerung des Gehirns im Schädel bei Paralytischen durch Aufnahmen von der Seite und Combination der Bilder leicht sichtbar gemacht werden.

Vor Allem sollte an den grösseren Irrenanstalten, in welchen viele Paralytiker zur Section kommen, die sehr einfache Methode systematisch angewendet werden, um ein reiches Material für die Frage der paralytischen Gehirnatrophie herbeizuschaffen [1]).

Zum Schluss will ich nachdrücklich auf die Verwendung des Netzplanimeters für Schädel- und Gehirnaufnahmen hinweisen.

Craniometrische Verwendung des Netzplanimeters.

Ich bediene mich dabei zum Feststellen des macerirten Schädels der Fixirungsvorrichtung [2]), welche der Rieger'sche Craniograph bietet. Für

---

[1]) Sollten an einer grösseren Anstalt Versuche in dieser Richtung gemacht werden, so bin ich bereit, mein relativ bescheidenes Material zur Verfügung zu stellen, da in solchen Fragen nur auf Grund eines breiten und von verschiedenen Seiten zusammengetragenen Materials etwas Positives gesagt werden kann.

[2]) Diese Vorrichtung kann nebst allem anderen zu den Aufnahmen Nöthigen vom Universitätsmechaniker Siedentopf in Würzburg bezogen werden.

Aufnahme von Gehirnen, welche man bei der Section in toto erhalten kann, empfiehlt es sich, das Gehirn vor der Aufnahme 48 Stunden lang in 10 % Carbolsäure zu legen, wodurch es eine gummiartige Beschaffenheit bekommt. Die so behandelten Gehirne kann man auf dem Tragbrett des Rieger'schen Craniographen bequem aufstellen und seinen Netzplanimeter davorstellen; z. B. kann man auf diesem Wege vergleich- und messbare Aufnahmen der Inselgegend oder der Vierhügel bei unzerschnittenem Gehirn nach blosser Zurückbiegung der benachbarten Theile ganz gut vornehmen, ohne dass eine so starke Lageveränderung wie bei dem frischen Gehirn stattfindet.

---

# II. Referate und Kritiken.

530) **R. W. Reid** (Aberdeen) and **Ch. S. Sherrington** (Cambridge): The effect of movements of the human body on the size of the spinal cord. (Die Wirkung von Bewegungen des menschlichen Körpers auf die Grösse des Spinalcanals.) (Brain, Winter-Nummer 1890.)

Verfasser machten sieben Versuche an Leichen, um die Veränderungen in der Capacität des Cerebrospinalcanals bei verschiedenen Bewegungen der Wirbelsäule festzustellen. Die Anordnung der Versuche wird von den Verfassern ausführlich angegeben und zum leichteren Verständniss durch eine Zeichnung illustrirt. Es mögen hier nur die Resultate wiedergegeben werden:

1) Beim freien und verticalen Hängen des Körpers erreicht die Capacität des craniospinalen Canals ihr Maximum.

2) Wird der Körper unterstützt und dadurch das Gewicht des Rumpfes und der Gliedmaassen aufgehoben, so tritt eine kleine Verminderung der Capacität ein.

3) Wird die Wirbelsäule vorwärts und rückwärts gebogen, so tritt eine nicht unbedeutende Verminderung der Capacität des Canals ein; besonders beim Rückwärtsbiegen ist dies der Fall.

4) Aenderungen in den Krümmungen des Spinalcanals beeinflussen die Capacität desselben nur um ein Geringes; beim Kinde mehr als beim Erwachsenen.

Diese Versuche haben insoweit auch praktisches Interesse, dass daraus gefolgert werden kann, dass bei der Suspensionsbehandlung von einer merklichen Streckung des Rückenmarks nicht die Rede sein kann, da durch die Suspension nur eine unbedeutende Vermehrung der Capacität erreicht wird.

Ascher.

---

531) **L. Darkschewitsch**: Ueber die Kreuzung der Sehnervenfasern. Arch. f. Ophth. Bd. 37, H. 1, S. 1—27.

Michel hatte in einer Monographie (Ueber Sehnervendegeneration und Sehnervenkreuzung, Wiesbaden 1887) wieder einmal eine Lanze für die totale

Kreuzung der Sehnerven, auch bei höheren Säugethieren, gebrochen. Gegen ihn wendet sich D.

Im Bereich des Tuber cinereum, unter dem dritten Ventrikel, sind deutlich drei Fasersysteme zu unterscheiden:

1) Die Forel'sche Kreuzung der Fasern des Tuber cinereum, dicht unter dem dritten Ventrikel gelegen. Darunter:

2) Die Meynert'sche Commissur. Darunter:

3) Die Gudden'sche Commissur. Letztere ist mit den Sehfasern des Tractus opticus innig verflochten und lässt sich nur dadurch isolirt zur Anschauung bringen, dass man beim neugeborenen Thier beide Augen enucleirt und so die Sehnerven zum Schwund bringt. Man findet alsdann an Stelle des atrophirten Chiasma und Sehtractus die Gudden'sche Commissur als isolirtes, compactes Bündel.

Michel zählt nun, wie D. nachweist, diese nach beiderseitiger Enucleatio bulbi zurückbleibenden normalen Nervenfasern irrthümlich zu den eigentlichen Sehfasern, und bezeichnet die Meynert'sche Commissur als Gudden'sche Commissur, die Forel'sche Kreuzung als Meynert'sche Commissur.

Nach Enucleation eines Auges bei einem erwachsenen Thier (Katze, Kaninchen) sah Michel Atrophie nur im gekreuzten Tractus. Zur Entkräftung dieses scheinbar sehr überzeugenden Versuches recurrirt D. auf Bemängelung der Untersuchungsmethode (Haematoxylinfärbung nach Weigert). Nach Enucleation eines Auges beim neugeborenen Thier fand Michel auffallender Weise beide Tractus normal, D. hingegen fand beide atrophisch, den gekreuzten in höherem Grade als den ungekreuzten. Die Verkleinerung des letzteren wurde durch Vergleichen mit dem Tractus eines nicht operirten Thieres vom gleichen Wurf und Alter festgestellt, was Michel bei seinem Versuch unterlassen hatte. In ähnlicher Weise beobachtete D. nach Durchschneidung eines Tractus opticus beim neugeborenen Thier Verkleinerung beider Nervi optici bei Erhaltensein normaler Nervenfasern in beiden, ein Experiment, das er für besonders beweiskräftig hält, wohingegen er dem letzten Experiment Michel's — sagittaler Medianschnitt durch das Chiasma — jedwede Bedeutung abspricht, weil es am erwachsenen statt am neugeborenen Thier unternommen wurde.

Kurz — die neuesten Untersuchungen Michel's sind keineswegs im Stande, die alte Gudden'sche Lehre von der Existenz einer partiellen Kreuzung bei den höheren Thieren zu widerlegen.

D. E. Heddaeus (Essen).

---

532) **G. Mingazzini**: Recherches complémentaires sur le trajet du pedunculus cerebelli medius.

(Separatabdruck aus Journal international d'anatomie et de physiologie 1891.)

Verf. prüft an Schnittserien von menschlichen Föten und Neugeborenen die Behauptung Bechterew's, dass die Fibrae transversae pontis in einen proximalen Hirnantheil und einen distalen Spinalantheil, welch' letzterer sich später mit Myelin bekleide, zu scheiden seien.

Verf. nennt den in der Raphe aufsteigenden Theil der Fibrae transversae: fasciculus medianus pontis und theilt das stratum superficiale der Fibrae transversae in eine ventrale pars corticalis aus compacten Faser-

bündeln und eine etwas mehr dorsal davon gelegene pars subpyramidalis aus kleinen Bündeln und isolirten sehr feinen Fasern ein.

An der Formation der sich kreuzenden Brückenfasern sollen fast alle Fasern der pars corticalis, die zu dicken Bündeln vereinigten Fasern der pars subpyramidalis, des stratum complexum und profundum theilnehmen. Der fasciculus medianus bildet sich aus den dünnen Fasern, die dem stratum complexum und profundum und der pars subpyramidalis angehören.

Bechterew's Hypothese, dass der Spinalantheil der Fibrae transversae eine motorische Verbindung zwischen Kleinhirn und Rückenmark sei, beschränkt der Verf. nur auf den fasciculus medianus.

Die sich kreuzenden Fasern bekleiden sich viel später mit Myelin als die anderen, und der Verf. glaubt, dass die Behauptungen Bechterew's dadurch mehrfach nicht zutreffend sind, dass dieser dies nicht berücksichtigt und folglich fibrae transversae und sich kreuzenden Fasern nicht auseinander gehalten hat. Feist.

---

533) **C. Ferrari**: Sull' uso dell' acido lattico per lo studio dei vasi capillari nel cervello. (Rivista sperimentale di freniatria 1891, Bd. 17, H. 1—2.)

Kronthal hatte empfohlen, zum Studium der Gehirncapillaren kleine Gehirnstückchen 48 Stunden in 0,5 % Milchsäurelösung maceriren zu lassen und dann kleine Partikel auf dem Objectträger mit Picrocarmin zu färben. Die alsdann unter dem Mikroskop sich zeigenden feinen Gefässchen hatte er als Lymphcapillaren aufgefasst. Dieser Auffassung tritt F., der unter Vassale's Leitung den Gegenstand einer neuen Prüfung unterzog, entgegen; er hält sie vielmehr für echte Blutcapillare. Der Einwand, dass ihr Lumen zu eng sei, um die corpusculären Elemente des Blutes passiren zu lassen, wird zurückgewiesen mit der Behauptung, dass die Milchsäure die Gewebe quellen mache und also das Lumen der Gefässe verengere. Dass man in den Gefässchen kein Blut findet, wird erklärlich, wenn man sieht, dass ein Tropfen Menschenblut schon 24 Stunden nach Mischung mit 0,5 % Milchsäurelösung keine morphologischen Elemente mehr zeigt ausser einigen wenigen ganz entfärbten rothen Blutkörperchen. Schliesslich injicirte F. ein Meerschweinchen und eine weisse Maus mit der Ranvier'schen Carminmasse; bei nunmehriger Untersuchung nach Kronthal fanden sich nur geröthete Capillaren von übrigens gleicher Beschaffenheit wie die menschlichen. Irgend ein von Kronthal vermutheter Zusammenhang der Capillaren mit Ganglienzellen oder Gliazellen lässt sich nirgends nachweisen. Uebrigens hält F. die Milchsäure wegen der beträchtlichen Veränderungen, die sie in allen Geweben hervorruft, nicht für geeignet, um zum Studium der feinen Gefässveränderungen zu dienen, wenn sie auch die Ramification und Disposition der Gefässe schön erkennen lässt. Strauscheid.

---

534) **Cesare Agostini** (Perugia): Contributo all' azione del bromuro di potassio nella cura dell' epilessia. Studio statistico-clinico.
(Rivista sperimentale di freniatria 1891, Bd. 17, H. 1—2.)

Kurzer Bericht über die Behandlung von 64 Epileptikern mit Bromkali während der letzten 10 Jahre. Bei 58,5 % wurde ein völliges Verschwinden der Anfälle sowohl, als auch der psychischen Aequivalente bewirkt, bei

28 % nahmen die Krampfanfälle beträchtlich ab und nur bei 14 % war ein Nutzen der Therapie nicht zu merken. Die durchschnittliche Tagesdosis betrug 10—14 Gramm, die nöthigenfalls auf 20 und mehr Gramm gesteigert und lange Zeit gegeben wurde ohne irgend welche Schädigung des Organismus, falls nur das Salz rein und der Nierenapparat im Zustande völliger physiologischer Leistungsfähigkeit war. Die gewöhnlichen, im Verlaufe der Bromcur auftretenden Störungen sind meist vorübergehend und leicht zu beherrschen; auch die ernsten Krankheitserscheinungen schwinden beim Aussetzen der Medication rasch. Uebrigens zeigten 64 % der Kranken dem Mittel gegenüber völlige Toleranz, 14 % hatten vorübergehende und 20 % dauernde Störungen. Die Brombehandlung hebt den Gesundheitszustand der Epileptiker beträchtlich und verlängert ihr Leben. Vor dem Bromgebrauch betrug die Mortalität in Perugia durchschnittlich 59,4 %, jetzt 34,37 %. Bei den hallucinatorischen Störungen der Epileptiker leisten die Bromsalze fast gar nichts; hier scheint das sonst ganz unzuverlässige Antipyrin oft von gutem Erfolge zu sein. Andere Mittel leisten sehr wenig.

Strauscheid.

---

535) **Cox**: De histologie van het Cerebellum.

(Psychiatr. Bladen, Bd. VIII, H. 4.)

Eine gut illustrirte, kurze Zusammenfassung der das Problem behandelnden Arbeiten von Golgi, Ramon y Cajal und Kölliker.

Kurella.

---

536) **J. Novi** e **R. Brugia**: Variazioni del tempo di reazione muscolare durante l' elettrotono dei nervi sani ed alterati.

(Rivista sperimentale di freniatria 1891, Bd. 17, H. 1—2.)

Die Verfasser haben eine grössere Anzahl von Versuchen (deren Einzelheiten im Originale nachzulesen sind) unternommen, um den Einfluss zu studiren, den der Nerv im elektrotonischen Zustand auf die Zeitdauer hat, welche zwischen Reiz und Reaction liegt. Sie kommen dabei zu folgenden Resultaten:

1) Der Anelectrotonus ruft eine deutliche Verlangsamung in der Geschwindigkeit der Uebertragung hervor.

2) Der Catelectrotonus hingegen beschleunigt die Uebertragung des Reizes, ausser bei starken Strömen, bei denen die Uebertragung verzögert wird, jedoch immer noch weniger als beim Anelectrotonus.

3) Zuerst verschwinden die Leitungsveränderungen, die der Catelectrotonus hervorgerufen hat, und zwar nach den ersten 1—2 Minuten; längere Zeit hingegen ist nöthig, damit der anelectrotonisirte Nerv seine frühere Leitungsfähigkeit wieder erlangt.

4) Bei fortschreitend zunehmender Polarisation verlängert sich die Reactionszeit gleichfalls; während indessen der Anelectrotonus bei einem gewissen Grade die Uebertragung völlig verhindert, kann der Catelectrotonus eine sehr hohe Intensität erreichen, bevor er die Leitungsfähigkeit des Nerven völlig aufhebt.

5) Die Verstärkung des Reizes vermag die Leitungserschwerung beim Catelectrotonus weit mehr auszugleichen als beim Anelectrotonus.

6) In Nerven, in denen nach der Abschneidung der Degenerationsprocess eingeleitet ist, erfolgen die elektrotonischen Erscheinungen zunächst wie unter normalen Verhältnissen und manchmal sogar noch deutlicher; aber in einem späteren Stadium verlängert auch der Catelectrotonus etwas die Reactionszeit, und alle einzelnen elektrotonischen Erscheinungen treten langsamer und schwächer auf. Strauscheid.

---

537) **Doursont**: Note sur quelques cas d'atrophie et d'hypertrophie du cervelet. (Annal. méd. psychol. 1891, H. 3.)

Die Anschauungen über die physiologischen Functionen des Kleinhirns haben im Laufe der Zeiten mannigfache Wandlungen erfahren. Nach kurzer Mittheilung von dreizehn Krankheitsgeschichten mit Sectionsbefund (fünf Fälle von Atrophie mit 61—90 % Kleinhirngewicht, acht Fälle von Hypertrophie mit 200—256 %) kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Ein Einfluss des Kleinhirns auf die genitale Sphäre existirt jedenfalls nicht.

2) Die einzige sicher bekannte Function besteht in der Coordination der Bewegungen.

3) Auch bei Hypertrophie des Kleinhirns kommen Störungen des Gleichgewichts vor. Lehmann (Dalldorf).

---

538) **Jelgersma** (Meerenberg): Over de function der Kleine hersenen. (Die Function des Kleinhirns.) (Psychiatr. Bladen 1890, Bd. VIII, H. 4.)

Die Aufklärungen, welche experimentelle Physiologie und pathologische Erfahrung über die Functionen des Kleinhirns gegeben haben, sind unvollständig und zweifelhaft; nur die anatomischen Thatsachen, die Kenntniss der aus den Rückenmarksträngen und den Kernen der sensibeln und sensorischen Nerven des verlängerten Marks zum Kleinhirn tretenden Verbindungen, und die des, von Jelgersma beschriebenen, intellectuellen Systems, das die Kleinhirnhemisphären mit der Stirnhirnrinde, vielleicht auch mit der des Hinterhaupts verbindet, stellen die Grundlage bestimmter Vorstellungen über die Kleinhirnfunctionen dar, und deuten vor Allem auf functionelle Differenzen zwischen den Hemisphären und dem Wurm. Auch die vergleichende Anatomie zeigt, dass eine höhere Entwicklung des Hirnmantels der der Kleinhirnhemisphären parallel geht, und dass bei Säugethieren eine höhere psychische Entwicklung sich ausspricht in stärkerer Ausbildung der Leitungsbahnen, die von der Kleinhirnhemisphäre entspringen und nach dem Grosshirn verlaufen und umgekehrt.

Das Grosshirn atrophirt niemals vom Kleinhirn aus; umgekehrt ist es experimentell noch nicht geglückt, Atrophie des Kleinhirns vom Grosshirn aus zu Stande zu bringen, während in pathologischen Fällen sich nicht selten an einseitige Grosshirnatrophie gekreuzte Atrophie des Kleinhirns knüpft.
Kurella.

---

539) **Enrico Morselli**: Contributo critico-sperimentale alla fisiopsicologia della suggestione. (Milano 1890, 39 pag.)

Verf. versucht mit dieser Arbeit der Lehre vom Hypnotismus das mysteriöse Gewand abzunehmen, und hat zahlreiche Versuche an ganz ge-

sunden, nicht hypnotisirten Individuen mittels blosser Suggestion vorgenommen. Die Grundbedingung, dass die Suggestionsversuche gelingen, dass die Sensationen und Bewegungen an den Versuchsindividuen auftreten, sieht Verf. in der „credulità“ der Personen, d. h. es muss bei ihnen das Terrain präparirt werden, sie müssen wissen und glauben, was man von ihnen verlangt. Durch den Ernst und die Sicherheit des Auftretens des Experimentators, der stets wissen muss, wie viel er der Leichtgläubigkeit der Versuchspersonen zumuthen darf, verlieren diese ihr unbefangenes Urtheil und suggeriren sich selbst, allerlei Empfindungen, Gerüche, Gesichts-, Geschmacks- und Gehörseindrücke zu erfahren, je nachdem der Experimentator ihre Aufmerksamkeit auf das eine oder andere Sinnesgebiet lenkt. Auch Bewegungsakte konnte Verf. auf diesem Wege bei den „gläubig“ gemachten Individuen hervorbringen.

Es ist klar, dass in diesen Autosuggestionen der Uebergang ins Gebiet der Hallucinationen beruht.

Der Unterschied zwischen dem Zustand der Suggestion und dem der Hypnose liegt darin, dass die erstere bei ganz normalen Menschen auftritt, welche dabei eine völlige Freiheit ihres Willens und Urtheilsvermögen zu besitzen glauben, während an dem hypnotischen Zustande das Automatenhafte das Charakteristische ist. Bei hypnotisirbaren Personen, die Verf. für nicht ganz normal erklärt, gehen die beiden Zustände ohne scharfe Trennung in einander über. Es ist nicht möglich, hier in das Detail der angestellten Versuche und deren geistreiche Interpretation einzugehen. Feist.

---

540) **E. Tanzi** (Genua): Diffusione sistematica dei reflessi nell' uomo. Nota clinica. (Rivista sperimentale di freniatria 1891, Bd. 17, H. 1—2.)

Verf. war bei einem seiner Kranken kürzlich in der höchst seltenen Lage, das Pflüger'sche Gesetz über die Ausbreitung der Reflexe genau darthun zu können. Es handelt sich um einen 48jährigen stupurösen Kranken, der stets ruhig im Bette lag, Tag und Nacht die Augen geschlossen hielt, nie ein Wort sagte, nie allein ass und den Koth unter sich liess. Die Temperatur war immer sehr niedrig, ca. 36,2 °, die Füsse blass und ödematös, die Haut für Tast-, Wärme- und Schmerzeindrücke hyperästhetisch. Auf kurze Zeit wurde dieser Zustand, der jetzt vier Jahre lang besteht, mehrmals unterbrochen durch eine deutliche Remission; die geistige Thätigkeit zeigt sich dann wieder nach aussen, er geht, spricht, hilft seinen Kameraden und giebt auch Aufschluss über den Grund seines gewöhnlichen Verhaltens; er giebt an, dann im regsten Verkehr mit Gott und dem Teufel zu stehen, die ihn zu seinem Verhalten nöthigten. Während des Stupors nun konnte man das Pflüger'sche Gesetz nachweisen, doch schwand dieses Phänomen bei Eintritt der Remission sofort wieder. Schlägt man während des Stupors auf die Quadricepssehne, so tritt eine deutliche, kräftig abgegrenzte Zuckung des Muskels ein. Wiederholt man in kurzen Zwischenräumen den gleichen Reiz ein- bis zweimal, so gerathen die verschiedenen Muskeln derselben Hüfte in Zuckung, nie aber die Fussmuskeln. Fährt man mit dem gleich starken Beklopfen der einen Quadricepssehne fort, so contrahiren sich alsbald die gleichen Muskeln der entgegengesetzten Seite und zwar in derselben Reihenfolge wie auf der gereizten Seite, doch mit geringerer Stärke. Endlich geräth der ganze Körper des Kranken in einen

beiderseitigen Krampfanfall, in eine Reihe von motorischer Reactionen, die denen der Epilepsie gleichen und sich von letzteren nur unterscheiden durch ihre momentane Dauer und die eigenthümliche Ursache, welche sie hervorruft. Sind die Reize der Quadricepssehne sehr schwach, so zeigt sich das Phänomen der Summation, demzufolge die Reaction erst beim zweiten, dritten oder vierten Reize eintritt, indem sich die Wirkung des einen Reizes zu der ungenügenden, aber nicht unwirksamen Wirkung der anderen addirt. Auf eben dieselbe Weise kann man durch fortgesetzte schwache Reize die Ausbreitung der Reflexe erzielen. Der Biceps- und der Achillessehnenreflex zeigen dieselbe Steigerung und Ausbreitbarkeit von unten nach oben und von einer Seite zur anderen. Die Hautreflexe sind normal. In der Narkose hört die Ausbreitung der Reflexe auf. Mässige Bromkalidosen lassen überhaupt alle Sehnenreflexe verschwinden. 2 mmg Strychnin erhöhen die Lebhaftigkeit der Reflexe, ohne sonstige Aenderungen hervorzurufen. Tritt eine Remission in dem Befinden des Kranken ein, so hört das erwähnte Phänomen zugleich mit der cutanen Hyperästhesie auf: alles ist wieder normal. Eine befriedigende Erklärung namentlich der Rolle, welche das Gehirn bei dem Zustandekommen dieses (auch bei Stupurösen) äusserst seltenen Phänomens spielt, giebt es zur Zeit nicht. Ob die vorliegende „Abulia cum hyperideatione“ regelmässig ein Aufhören des hemmenden Einflusses des Gehirns auf das Rückenmark anzeigt? Strauscheid.

---

541) **Schönberg** (Kristiania): Nikkekrampe hos Börn (Spasmus nutans).
(Norsk Mag. f. Lægevidensk 1891, 4 R., Bd. VI, p. 467.)

Aus der Kinderpoliklinik in dem „gamle Rigshospital“ theilt Sch. einige Fälle der genannten Krankheit mit, die er in drei Gruppen theilt. Die erste, den eigentlichen wirklichen spasmus nutans, fasst er als Motilitätsneurose auf; sie ist leichterer Natur, wird in der Regel geheilt, kommt wesentlich auf rhachitischer Grundlage vor, häufig zugleich mit spasmus glottidis und analogen Krampfformen. Es ist dies gleichsam eine Art Intentions- oder Coordinationskrampf, indem er besonders dann auftritt, wenn das Kind aufgesetzt wird ohne Stütze für den Kopf, und bei den Coordinationsversuchen, die dann von Seiten der schwachen Muskeln gemacht werden. Als Beispiel für diese Form werden zehn kurze Krankengeschichten gegeben, von drei Knaben und sieben Mädchen im Alter von einem Monat bis zu einem Jahr. Die Kopfbewegungen waren in vier Fällen nur vor- und rückwärts nickend, in vier Fällen rotatorisch, in zwei Fällen eine Combination von beidem. In zwei Fällen kamen auch Vor- und Rückbewegungen des Truncus vor. Viermal kam zugleich Nystagmus vor, einmal strabismus convergens, zweimal Vor- und Rückwärtsbewegungen der Zunge. — Die andere Gruppe umfasst die Fälle, welche bei organischen Cerebralleiden, besonders bei angeborenen, wie Wasserkopf, Idiotie u. dergl., vorkommen. Die Grenze zwischen der vorigen Gruppe und dieser letzteren ist übrigens nicht immer ganz scharf bestimmt. — Vier hierher gehörige Krankengeschichten werden berichtet.

Endlich die dritte Gruppe, wo der Genickkrampf bei Chorea vorkommt, mit den bei dieser letzteren Krankheit gewöhnlichen Bewegungen. Eine Krankengeschichte wird angeführt. Koch (Kopenhagen).

---

542) **Lombroso**: Esperimenti sull' azione venefica del mais guasto nei cani e nei polli. (Untersuchungen über die vergiftende Wirkung von verdorbenem Mais bei Hunden und Hühnern.)

(Arch. d. Psich. e sc. pen., Bd. XII, H. 3—4. p. 286.)

Der Verf. hat bei zehn Hunden die Wirkung von verdorbenem Mais studirt. Alle hiermit ernährten Hunde nahmen an Gewicht ab, sieben davon starben. Fast immer ging mit der Gewichtsabnahme ein Steigen der Temperatur genau Hand in Hand.

Bei der Blutkörperchenzählung fand sich häufig Anämie, die mit der Ernährung durch verdorbenen Mais Hand in Hand ging. In vier Fällen fand L. tonischen Muskelspasmus, in drei Fällen Steigerung der Sehnenreflexe und zweimal Tetanus. In sieben Fällen trat vollständiger Muskeltorpor ein, in sechs Fällen Torpor der psychischen Activität, dreimal beobachtete er Sensibilitätsverlust, viermal Tremor. — Das häufigste Symptom war Diarrhoe; Hauterythem wurde nur einmal beobachtet.

Weitere Versuche bei Hunden wurden mit verschimmeltem Mais gemacht. Auch hier trat Gewichtsabnahme zusammen mit Temperaturerhöhung auf. Bei allen drei untersuchten Hunden fand L. Rigidität der hinteren Extremitäten, in zwei Fällen erhöhte Sehnenreflexe und stark entwickeltes Hauterythem.

Ferner untersuchte L. zwölf mit verdorbenem Mais gefütterte Hühner und beobachtete bei ihnen eine Steigerung der Temperatur sowohl wie Gewichtsabnahme und Atrophie der Fettdrüse; einige dieser Hühner wurden, nachdem sie mehrere (fünf bis sechs) Monate mit Mais ernährt worden waren, wild und verwundeten ihre Gefährten. Im Allgemeinen sind die hühnerartigen Vögel dem verdorbenen Mais gegenüber weniger empfindlich als die Hunde. S. Ottolenghi.

---

543) **Sh. Chaslin** (Paris): Contribution à l'étude de la sclérose cérébrale.

(Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathol. 1891, Mai.)

Verfassers Untersuchungen lassen sich in folgende Punkte zusammenfassen:

1) Die nicht nervösen Fibrillen und Strängchen der modificirten grauen Hirnrinde gehören nicht zum Bindegewebe. Sie entwickeln sich aus der Neuroglia, welches ein Gewebe ektodermalen Ursprungs darstellt.

2) Verf. beschreibt bei Epileptikern eine Abart cerebraler Sklerose, bei welcher die Glia-Proliferation aus einem Bildungsmangel entsteht. Er nennt dieselbe Gliose, um zu bezeichnen, dass es sich um eine hereditäre, folglich constitutionelle Alteration handle. Die Veränderung des Glia wäre eine primäre und verwandt mit der gliomatösen Formation.

3) Verf. bietet folgende Classification der Proliferation der Rindenglia:

A. Entzündliche Proliferation.

a) primäre { disseminirt . . . . . Multiple Sklerose,
diffus . . . . . Progr. Paralyse, Encephalitis, Meningo-Encephalitis;

b) secundäre { partielle . . . . . als reactive Prolifer. bei Fremdkörpern, Tumoren, Blutungen, Erweichungen,
diffus { durch primären Untergang { der Nervenfaser . . . . . gewisse Fälle der Paralyse und Encephalitiden,
der Nervenzellen . . . . . Lobäre Sklerose (Hemiplegia infant.);

c) gemischte.

B. Nicht entzündliche.

a) primäre { Gliose,
Tumoren (?);

b) secundäre { Bildungsmangel,
Entwicklungsstörungen,
Rückbildungsstörungen (Senilität),
Ernährungsstörungen,
Inactivität (?).

C. Gemischte.

Combination der entzündlichen und nicht entzündlichen Glia-Proliferation.

Schaffer (Budapest).

---

544) **K. Schaffer** (Budapest): Beitrag zur Lehre der secundären multiplen Degeneration. (Separatabdruk aus Virchow's Archiv, Bd. 122.)

1) Solitärtuberkel der medulla oblongata bei einer 27jährigen Frau mit hochgradiger tuberculöser Erkrankung der inneren Organe, welcher die ganze rechte Hälfte der Oblongata zerstört hatte. Verf. konnte hier eine aufsteigende Degeneration der linken medialen Schleife bis zu den Vierhügeln nachweisen. Die höheren Hirntheile standen ihm nicht zur Verfügung.

Das Rückenmark wies den ganzen Centralcanal entlang Erweichung, Blutungen aus vielen Gefässen, diffus degenerirte Markscheiden und Achsencylinder, zerrissene und erweiterte Gliamaschen auf, Erscheinungen, die Verf. den Arbeiten von Schmauss gemäs sals Folgen eines Stauungsödems auffasst.

2) Solitärtuberkel in der rechten Ponshälfte, besonders die mediale Schleife zerstörend, bei einem $4^1/_2$jährigen Knaben mit ausgebreiteter Tuberculose der Organe. Unterhalb des Tumors fehlen fast alle Fasern der medialen Schleife, während in der Oblongata die Zwischenolivenschicht einen Faserausfall aufweist und im oberen Abschnitte der Pyramidenkreuzung die contralateralen innern Bogenfasern etwas vermindert erscheinen. Die Kerne des Funiculus gracilis und cuneatus sind normal.

Verf. folgert aus den Literaturangaben und seinen Fällen, dass die Schleife aufsteigend entartet, wenn Hinterhorn oder Hinterstrangskern lädirt sind; dass sie aber, falls die Hirnrinde, das Mittelhirn oder die Brücke in jenen Abschnitten zerstört wurden, woselbst die Schleifenfasern laufen, absteigend degenerirt.

3) Gummaknoten an der rechten basalen Fläche des Pons bei einem 42jährigen Mann. Basale Hirngefässe hyalin entartet. Die rechte Pyramidenbahn ist nicht ganz zerstört durch den Tumor, ihre Degeneration ist nicht bedeutend, verliert sich im Lumbalmark. Ferner zeigt das Rückenmark zwei Degenerationszüge: einen im rechten Hinterstrang vom oberen Lumbalmark bis in die Cervicalanschwellung zu verfolgenden Streifen und einen zweiten,

der vom sechsten Dorsalnerv bis zweiten Lumbalnerv die beiden Pyramidenbahnen, besonders die rechte, occupirt und etwas auf die vorderen Grundstränge übergreift.

Für diese Degenerationen findet sich kein Grund; sie gehören zu den multiplen fleckweisen Degenerationen Westphal's, deren Ursache vielleicht in Circulationsstörungen zu suchen ist. Dr. Feist.

---

545) **A. Borgherini** (Padua): Nuova contribuzione alla patologia della paralisi agitante. (Rivista sperimentale di freniatria 1891, Bd. 17, H. 1—2.)

Im Anschlusse an seine frühere Arbeit über die Paralysis agitans (siehe dieses Centralblatt, Jahrg. 1890, S. 208) theilt Verf. einen weiteren Sectionsbefund mit, welcher die früheren Angaben im Wesentlichen bestätigt. Vor Allem zeigen die kleinen Arterien des centralen wie peripheren Nervensystems beträchtliche Veränderung: Verdickung der Wandung mit Kernvermehrung, Erweiterung der Lymphscheiden, Bildung von miliaren Aneurysmen etc. Verf. sieht diese Gefässveränderungen als den primären Krankheitsprocess an. Hieran schliesst sich an eine Wucherung des interstitiellen Gewebes, sowie eine gewisse Atrophie der nervösen Elemente, besonders in der grauen Substanz des Pons, der medulla oblongata und des oberen Rückenmarks; die weisse Substanz war weniger verändert. Aehnliche Veränderungen fanden sich in den Cervicalganglien des Sympathicus und in geringerem Grade in den peripheren Nerven. Der Biceps zeigte gleichfalls eine beträchtliche Degeneration seiner Muskelfasern.

Dieser anatomische Befund scheint in gutem Einklange mit den Symptomen der Paralysis agitans zu stehen und sieht Verf. darin eine volle Bestätigung aller früher (siehe oben) aufgestellten Behauptungen.

Strauscheid.

---

546) Prof. **Charles L. Dana** (New-York). — The Pathological Anatomy of Tic Douloureux. —

(The Med. News, Philad., May 16, 1891, p. 548.)

Als Ursache der Fälle von hartnäckiger Trigeminusneuralgie fand man einen lokalen Krankheitsheerd — Knochentumor, Aneurysma oder syphilitische Exudation. Die gewöhnlichen Fälle von Tic douloureux jedoch, welche nach den mittleren Lebensjahren auftreten und gewöhnlich und hauptsächlich den zweiten Ast des Trigeminus involviren, beruhen nicht auf solchen Ursachen. Wir wissen wenig über die pathologische Anatomie dieser Affection. Die allgemeine Ansicht ist, dass keine besonderen Veränderungen im Nerven selbst noch im Centrum desselben vor sich gehen, und dass die Krankheit eine Neurose sei. Der Autor denkt, dass, wenigstens in vielen Fällen, eine obliterirende Arteritis der zuführenden Gefässe der Nerven die directe Ursache sei. Seine Gründe für diese Annahme sind:

1) Die Krankheit tritt in einer Lebensperiode auf, in welcher degenerative Processe in den Arterien beginnen. — 2) Die Krankheit ergreift hauptsächlich und primär einen Nerven, der von den Endzweigen der arter. maxillar. — ein Zweig der carot. extern. — versorgt wird. Wenn sich die Krankheit ausbreitet, oder wiederkehrt, so involvirt sie einen Nerven, welcher von der arter. maxillar. infer. — ebenfalls ein Zweig der carot. extern. — ernährt

wird. Der Nervus orbital. super., welcher von einem Zweige der Carot. cerebral. versorgt wird, wird selten betroffen. Die Krankheit folgt deshalb, entlang dem Verlauf gewisser Gefässe und ihrer Zweige. 3) Der Autor untersuchte fünf obere Maxillarnerven, welche in typischen Fällen von Tic douloureux entfernt wurden. In keinem von diesen Fällen war irgendwelche bemerkenswerthe Veränderung im Nerven selbst zu sehen. In drei von diesen fünf Fällen wurden auffallende Beweise für arterielle Erkrankung gefunden. Im vierten und fünften Falle waren keine Gefässe in den Präparaten. 4) Die Ansicht, dass eine obliterirende Arteritis ein Factor in dieser Krankheit ist, wird unterstützt durch therapeutische Erfahrungen; Nitroglycerin stillt die Schmerzen oft augenblicklich und auf lange Zeit. Aconit, welches in dieser Affection von grossem Nutzen ist, vermindert auch die Spannung der Gefässe, während Kali iod., welches zu Zeiten einen günstigen Einfluss auf die arterielle Krankheit ausübt, gelegentlich gute Dienste leistet in der Behandlung von „tic". 5) Wir haben unfragliche Beweise, dass die Entfernung der peripheren Nerven manchmal vollständige Heilung herbeiführt, und dass daher die Krankheit eine periphere ist und durch localen peripheren Reiz hervorgebracht wird. 6) MM. Quenan und Lepars haben kürzlich constatirt, dass sie, durch eine neue Injectionsmethode, nun fähig sind, ein engeres und ausgebreiteteres Verhältniss zwischen Nervstämmen und Blutgefässen zu entdecken, als man bisher kannte. In ihren Schlussfolgerungen vertreten sie die Anschauung, dass Störungen in der Blutversorgung ein wichtiger Factor in der Verursachung von Neuralgie sein könne. Der Autor schliesst: „Ich erbringe positive Facta, dass der Trigeminus und seine Wurzeln, und sogar Nuclei und tiefe Wurzeln, nicht erkrankt sind, sogar in alten und typischen Fällen. In allen Fällen, in denen die Gefässe untersucht wurden, war eine auffallende Erkrankung derselben zu bemerken." Es folgen fünf Krankengeschichten und zwei Abbildungen der mikroskopischen Präparate.

Albert Pick (Boston).

---

547) **P. Marie et G. Marinesco**: Sur l'anatomie pathologique de l'acromégalie. (Archives de méd. expér. et d'anat. path. 1891 Nr. 4.)

Die Verf. haben die Gelegenheit, welche ihnen die Section eines an Akromegalie Leidenden darbot, benutzt, um eine genaue histologische Untersuchung der einzelnen Körpertheile vorzunehmen. An den Extremitäten fanden sie eine Hyperplasie der Papillen und eine beträchtliche Hypertrophie der cutis. Alle bindegewebigen Bestandtheile sind stark verdickt, selbst die feinsten, wie z. B. die bindegewebigen Membranen der Schweissdrüsen, der Talgdrüsen, der Haarfollikel, die Wandungen der Gefässe; diese Hypertrophie erreicht ihr Maximum in der lamellösen Scheide der subcutanen Nerven, die selbst degenerirt sind. Nach den grösseren Nervenstämmen zu nimmt die Veränderung ab, so dass z. B. der medianus nur noch eine sehr geringe Hyperplasie des interfasciculären Bindegewebes darbietet.

Die Bindegewebssepta, welche von der tiefen Cutisschicht nach dem Periost oder den Perichondrium hinziehen, sind, wie auch diese letzteren selbst, stark hypertrophirt; die sehnigen, aponeurotischen Insertionen nehmen an dieser Störung Theil.

An den Knochen zeigt sich ein mächtiger osteogenetischer Process, der ein Längen- und Dickenwachsthum der Knochen hervorruft, Hand in Hand

gehend mit einem Resorptionsprocess, der sich durch eine Erweiterung der Markräume kundgiebt.

Die Makroglossie beruht auf einer starken Verdickung des submucösen, des inter- und intrafasciculären Bindegewebes; die gewucherten Kerne der Muskelfasern zerstören schliesslich die contractile Substanz. Die nervi lingualis und hypoglossus sind fast unverändert, und die in der Zunge verlaufenden Nervenzweigchen zeigen keine so deutliche Degeneration als die der Extremitäten.

Die Zungen-, Nasen-, Larynx- und Trachealschleimhaut zeigt eine einfache Pachydermie mit Zelleninfiltration.

Vom Sympathicus ist besonders das ganglion cervic. inf. Sitz einer ausgesprochenen Sklerose. Im Gehirn ist angeblich die Neuroglia hyperplastisch. Die peripheren Nerven sind nur an den akromegalen Stellen verändert; ihre Gefässe sind sklerosirt.

In den Nieren zeigt die Corticalsubstanz die Aenderungen einer nephritis chron. parenchym; das interstitielle Gewebe ist sklerosirt.

Die Follikel der glandula thyreoidea sind hyperplastisch, cystisch und enthalten oft Haemoglobinkrystalle.

Die glandula pituitaria zeigt Hyperplasie der Follikel, beträchtliche Sklerose der Gefässe und der Wände der Drüsenalveolen, deren Zellen schliesslich gleichfalls verändert werden. Die Milz und die Lymphdrüsen sind gleichfalls sklerosirt.

Die Pathogenese der Krankheit ist zur Zeit noch gänzlich unklar. Dass die Affection auf einer primären Gefäss- oder Nervenerkrankung beruhe, ist nach dem Befunde höchst unwahrscheinlich. Ob die anscheinend constante Hypertrophie der Hypophysis einmal zur Deutung der Pathogenese verwendet werden kann, ist bei der jetzigen gänzlichen Unbekanntheit ihrer Function eine Frage der Zukunft. Strauscheid.

---

548) **J. Schon** (Kopenhagen): Scoliosis ischiadica.
(Ugeskr. for Laeger. Juni 1891 XXIII. Bd.)

S. theilt einen Fall dieser Krankheit mit, der in vieler Beziehung vom gewöhnlichen abweicht, da er weder der ursprünglichen Schilderung, noch der später von Brissaud entspricht. Studiosus X., 20 Jahre alt, wendete sich im September 1890 an die Klinik. Seine Ischias bestand seit einem halben Jahre und beschränkte sich auf den N. ischiadicus selbst, ohne die andern Zweige des plexus sacralis oder lumbalis anzugreifen. Die Schmerzen waren sehr heftig, aber Pat. setzte seine Studien und seinen Privatunterricht fort. Behandlungsversuche waren nutzlos geblieben. Seit 3 Monaten ist die Haltung schlecht, indem Pat. stark nach links (der kranken Seite) überhängt. Bei der Untersuchung fand sich sehr kräftige Muskulatur, ein empfindlicher Punkt an der Incisura ischiadica. Der Rumpf ist so stark nach links geneigt, dass, wenn die Arme lothrecht herunterhängen, der linke frei in der Luft schwebt, ungefähr eine viertel Elle von der Seitenfläche des Beckens, während der rechte nach innen von der spina ilii ant. sup. hängt. Die Wirbelsäule beschreibt im ganzen Lumbal- und Dorsaltheil einen bedeutenden scoliotischen Bogen, mit der Convexität nach links. Nach oben flacht die Krümmung sich ab, der Kopf wird gerade getragen. Es besteht bedeutende Rotation des truncus mit Prominenz des linken erector truncii.

Die linke Schulter ist mehr nach hinten gedreht, die linke scapula etwas gehoben. Die Scoliose kann passiv ausgeglichen werden, unter ziemlichem Schmerz. Beim Stehen werden beide unteren Extremitäten vollkommen gestreckt gehalten, die Stellung des Beckens ist auf beiden Seiten symmetrisch. Er giebt mit Bestimmtheit an, sich am meisten auf die kranke Extremität zu stützen und beim Sitzen meist auf der kranken Beckenhälfte zu ruhen.

Heilung durch Antipyrineinspritzungen und Corset. Das Eigenthümliche des vorliegenden Falles ist also eine Scoliose mit der Convexität nach der kranken Seite, und zugleich starkes Ueberhängen des Oberkörpers nach derselben Seite, in Verbindung damit, dass Pat. vorzugsweise die kranke Extremität belastet. Koch (Kopenhagen).

---

549) **Hansen** (Chicago): Et Tilfaelde af akut retrobulbär neuritis. (Ein Fall von retrobulbärer Neuritis.) (Nord ophthalm. Tidskr. III. Bd. p. 68.)

Frau H., 55 Jahre alt (Pallmann, Illinois), übrigens gesund, bekam am 20. März 1890 Influenza. Seit April heftiger Kopfschmerz über der Stirn, ohne Fieber. Nach einigen Tagen zunehmende Gesichtsschwäche bis zu vollständiger Blindheit. Dies dauerte vom 11. April bis 8. Mai, wo sie wieder anfing, Licht zu unterscheiden. Bei der Untersuchung am 22. Mai fand man erweiterte Pupillen, die nicht auf Licht oder Convergenzbewegungen reagirten. Sie unterscheidet einzelne helle Gegenstände, wenn sie ihr vor die Augen gebracht werden. Papillen von verdächtig weisser Farbe. Bei Druck auf das Auge deutlicher Venenpuls. Die Arterien in der Retina fadenförmig. Den 16. Juni war die Sehstärke $^5/_{200}$. Deutliche Atrophie der äusseren $^3/_4$ der Papille, symmetrisch auf beiden Augen. Niemals Albuminurie. Herz normal.

Verf. zählt den Fall zu der von v. Gräfe beschriebenen descendirenden Neuritis, die nach acuten febrilen Krankheiten, wie Typhus, Angina, Cerebrospinalmeningitis — hier also Influenza —, auftritt.

Koch (Kopenhagen).

---

550) Dr. **Julius Althaus** (London): Die beiderseitige Facialislähmung als eine Form der Polyneuritis. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891 Nr. 38.)

Verf. theilt zwei einschlägige Fälle von Facialislähmung mit, welche auf einer acuten Neuritis des Nervenstammes in dem unteren Theil des Fallopischen Canals beruhten und sich als Theilerscheinung einer ziemlich weit verbreiteten Polyneuritis darstellten.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 26jährigen Kaufmann, der nach dem Stich eines Insekts eine ziemlich ausgedehnte Lymphangitis bekommen. Drei Monate später erkrankte er plötzlich unter Schmerz in beiden Schläfen, Schwindel, Beängstigung auf der Brust, Schwierigkeit im Gehen und Sprechen. Fieber war nicht vorhanden. Strümpell, der ihn zuerst sah, stellte sofort doppelseitige Facialisparalyse und Ataxie der unteren Extremitäten fest. Kniephänomene erloschen, Sensibilität herabgesetzt. In den unteren Extremitäten ist die elektrische Erregbarkeit erhalten, im Facialis ist Entartungsreaction vorhanden. Unter Schmiercur, Elektricität und Salzbädern kehrt in drei Wochen das Kniephänomen wieder, die Ataxie verschwindet und die Muskelkraft des Gesichtes stellt sich wieder ein.

Althaus, der den Patienten zwei Monate später sieht, vermag noch die Reste der Symptome zu constatiren. Er bemerkt ausserdem noch beiderseitigen Verlust des Geschmacks. Dagegen fehlte Ohrensausen, Hyperakusis und Gaumenlähmung. Der Urin enthält eine geringe Menge Zucker. Nach zwei Monaten schwinden unter constantem Strom und Diät auch diese Reste, und es bleibt nur noch eine geringe Schwäche des Orbicularis ovis zurück.

Verf. glaubt eine Entzündung des Facialis im unteren Theil des Fallopischen Canals annehmen zu müssen, weil die Chorda tympani, aber nicht der Nervus spadius gelitten hatte. Uebrigens kennt Verf. einen Fall, wo neun Monate nach dem Stich eines Bienenschwarms bei einem ganz gesunden Menschen von 30 Jahren Epilepsie auftrat.

In einem zweiten Falle erkrankt ein 45jähriger Schreiber über Nacht unter Gliederschmerzen und hat am nächsten Tage eine beiderseitige Facialisparalyse. Er kann nicht riechen, schmecken, kann nicht ordentlich essen und rauchen, sprach schlecht und vermag sich nicht die Nase zu schnauben noch zu speien. Gaumen und Gehör war intact. Die galvanische Nervenerregbarkeit war geschwunden, die Muskelerregbarkeit erhöht. Unter Antineuralgicis, Chinin und dem constanten Strom bessern sich alle Symptome in drei Monaten. Verf. hält die Prognose meist für günstig, will Schmiercuren nur bei vorangegangener Lues angewandt wissen und legt den grössten Werth auf frühzeitige Anwendung des constanten Stroms. Der letztere soll $^1/_2 - 1$ Milliampère stark sein und fünf Minuten lang stabil hindurchgehen. Darnach Kathodenstriche über die gelähmten Muskeln mit derselben Stromsärke. — Jodkalium hat ihn bisher im Stich gelassen, dagegen hat salicylsaures Natron und Antipyrin ihm gute Dienste im ersten Stadium geleistet.

P.

---

551) Dr. **Higier** (Warschau): Beitrag zur Pseudotabes s. Tabes peripherica. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891 Nr. 34.)

Verf. giebt zuerst einen kurzen Abriss über die Geschichte der Tabes peripherica und ihre Literatur, bespricht die hauptsächlichsten Unterschiede derselben von der wahren Tabes und bringt drei neue Fälle der genannten Krankheit, von denen zwei von ihm selbst beobachtet worden sind. Die Fälle stammen aus der Nervenabtheilung des Warschauer Israeliten-Hospitals und sind folgende:

Ein 44jähriger Kaufmann ohne neuropathische Belastung, der vor 15 Jahren einmal an Nierensteinen gelitten, erkrankt unter gastrischen Symptomen. Er bekommt geschwollene Beine und empfindet das Gefühl von Ameisenlaufen und Kriebeln. Nachdem die Schwellung verschwunden, hat er taumelnden Gang und bemerkt, dass ihm complicirtere Bewegungen seiner Hände schwer fallen, und dass der Muskelsinn derselben gelitten hat. Die Untersuchung ergiebt an den Extremitäten: Herabsetzung der groben motorischen Kraft, des Tastsinns, ferner ausgesprochene Ataxie, Romberg'sches Phänomen, Fehlen der Fuss- und Kniephänomene, des Cremasterreflexes und abgeschwächten Bauch- und Sohlenreflex.

Die Behandlung bestand in Bettruhe, warmen Bädern, kräftiger Diät, Galvanisation, faradischer Pinselung, Hypnose. Von Medicamenten wurden Brom, Jodkalium, Silber und Strychnin verordnet.

Darnach wurden die Parästhesien und Anästhesien weniger quälend.

Die Ataxie verschwand gänzlich. Das Kniephänomen liess sich auch mit Hilfe des Jendrassik'schen Handgriffes nicht mehr hervorrufen.

Im zweiten Fall erkrankt ein Commis nach Typhus abdominalis ebenfalls unter den Zeichen akuter Ataxie, Schwäche in den Extremitäten und Herabsetzung in der elektrischen Erregbarkeit der Muskulatur derselben. Complicirt ist der Fall durch eigenthümliche Zustände von Aufregung, die aber wegen jeglichen Mangels an Hallucinationen, Gedächtnissstörungen, Irrthümern in Bezug auf Zeit und Ort nichts mit der von Korsakow als Complication der multiplen Neuritis beschriebenen Psychose zu thun hat. Die Behandlung bessert auch in diesem Falle einen grossen Theil der Symptome.

Im dritten Falle handelt es sich um einen 35jährigen Advocaten, der früher syphilitisch gewesen und nach einer starken Erkältung plötzlich ataktisch wurde, Parästhesien und leichte Ermüdbarkeit bekam. Das Romberg'sche Phänomen ist vorhanden. Tast- und Schmerzsinn ist nicht verändert. Patellarreflexe fehlen vollkommen. Hautreflexe sind normal. Mastdarm und Blase functioniren gut. Muskeln und Nerven auf Druck unempfindlich, reagiren auf den elektrischen Strom mit normaler Schnelligkeit und nach der normalen Zuckungsformel. P.

---

552) **C. A. Herter** (New York): Clinical and pathological observations on cases of injury of the cervical spinal cord.

(The journal of nervous and mental disease. Juni 1891.)

Verf. theilt vier Fälle von schwerer, tödtlich verlaufender Verletzung des Cervicalmarkes, sowie einen leichteren, in Heilung übergehenden Fall mit. Die motorische Lähmung der oberen Extremitäten nahm in zwei Fällen einen aufsteigenden Verlauf, und zwar in beiden den gleichen, nämlich von den Interossei und Flexoren der Finger zu den Extensoren der Finger und Hand, den Pronatoren und Supinatoren, dem Triceps, Biceps und Deltoideus. Die Anästhesie nahm nicht weiter zu, sondern blieb auf dem anfänglichen Niveau stehen. In beiden Fällen war der achte Cervicalabschnitt des Rückenmarkes durch Blutung und Erweichung völlig zerstört, während der siebente und sechste Abschnitt theilweise erweicht war. Die Anästhesie beruhte offenbar auf der Zerstörung des achten Segmentes. In drei von den vier tödtlichen Fällen drückte der zerbrochene oder verschobene Wirbel direct auf das Rückenmark; in einem Falle dagegen fehlte dies Verhältniss, so dass man annehmen muss, dass eine momentane, später wieder zurückgegangene Knochenverschiebung die Markverletzung herbeiführte. In einem Falle fand bei der elektrischen Untersuchung am fünften Tage nach dem Unglücke eine stark herabgesetze faradische und eine völlig aufgehobene galvanische Erregbarkeit der Handmuskeln statt; am sechsten Tage war auch die faradische Erregbarkeit gänzlich aufgehoben: jedenfalls eine auffallend rasche Entwicklung der elektrischen Veränderung. In zwei Fällen trat am Tage nach dem Unfalle Tympanites des Abdomen, starke Schmerzhaftigkeit des letzteren und wiederholtes Erbrechen von dunkelgrünen Massen auf; nach einigen Tagen gingen die Symptome langsam wieder zurück; die Autopsie zeigte bei dem einen Falle eine beträchtliche Congestion des Peritoneum und zahlreiche Ecchymosen auf dem Colon ascendens. Aehnliche Symptome beobachtete Verf. auch bei anderen Rückenmarksverletzungen.

Die Körpertemperatur steigt bei den schweren Verletzungen ziemlich beträchtlich in die Höhe (bis 40,7 °), fällt aber nach 24 Stunden wieder ab, um vor dem Tode wieder anzusteigen (bis 42,2 °).

Die Hautreflexe gehen bei den Fällen von völliger Zerstörung des Rückenmarkes rasch verloren. Sehr wichtig ist das Verhalten der Kniephänomene. Wenn dieselben kurze Zeit nach einer Verletzung des Cervicalmarkes beiderseits fehlen, so stirbt der Patient an der Verletzung. Besonderen Werth gewinnt dies Zeichen, wenn der Patient bewusstlos ist und also die sonst immer zu constatirende complete motorische und sensible Lähmung des Körpers bis zu dem Bereiche der Verletzung nicht nachzuweisen ist. Es stützt sich obige Regel auf die vier Fälle des Verf., wie auf zehn Fälle, die Thorburn zusammenstellte. In solchen Fällen ist eine Operation verwerflich. Der Tod trat in dem ersten Falle des Verf. erst nach sieben Tagen ein, in zwei operirten Fällen wenige Stunden nach der Operation. Eine allseitig befriedigende Erklärung für das Fehlen der Kniephänomene in diesen schweren Fällen existirt zur Zeit noch nicht. Strauscheid.

---

553) **J. Babinski** (Paris): Paraplégie flasque par compression de la moëlle.

(Archives de médecine expér. et d'anat. pathol. 1891 No. 2.)

Nach einer ausführlichen Besprechung der verschiedenen Arten von schlaffen und spastischen Lähmungen der unteren Extremitäten theilt B. zwei Fälle von schlaffer Lähmung der Beine bei zwei alten Leuten mit; die Paraplegie war allmählich entstanden, sie verband sich mit Blasenbeschwerden. In einem Falle fehlten die Kniephänomene, im zweiten waren sie nur sehr schwach. Sensibilitätsstörungen waren im Wesentlichen nicht vorhanden. Beide Kranke waren sehr stark abgemagerte Individuen, bei beiden bildete sich ein schwerer Decubitus. Nach ca. $^1/_2$jährigem Bestehen der Krankheit trat der Tod ein. Post mortem fand man eine Verdickung der dura mater spinalis an dem oberen Brust- resp. unteren Cervicalabschnitte des Rückenmarkes, welche letzteres leicht comprimirte; das Rückenmark selbst zeigte trotz genauer Untersuchuug keinerlei wesentliche Veränderung; ebenso waren die peripheren Nerven nicht erkrankt. Zwei ähnliche Fälle aus der Literatur werden kurz citirt. Auf Grund dieser Beobachtungen kommt B. zu folgenden Schlüssen:

1) Une compression de la moëlle peut, sans produire de lésions appréciables de l'organe, donner lieu à une paraplegie très intense et même complète, susceptible de se prolonger plusieurs mois.

2) Lorsque, dans une paraplégie flasque d'une durée qui dépasse quelques semaines, consécutive à une compression de la moëlle, la flaccidité ne peut être attribuée à une lésion occupant une partie quelconque de l'arc des réflexes tendineux, qu'elle n'est pas due non plus à la destruction d'une portion de la moëlle dans toute sa largeur, il est permis, jusqu'à nouvel ordre, de croire que la moëlle n'est pas altérée, ou ne l'est que très légèrement.

3) Il y a lieu d'admettre que cette variété de paraplégie, abstraction faite des circonstances extrinsèques, comporte un pronostic rélativement bénin.

4) Quand l'état général du malade ne s'y oppose pas, l'intervention chirurgicale semble particulièrement indiquée dans les cas de ce genre.

Strauscheid.

---

554) **R. Gucci** (Florenz): Contributo allo studio della emiplegia.
(Rivista sperimentale di freniatria 1891. Bd. 17, Heft 1—2.)

Eine 76jährige Bettlerin war zwei Monate nach dem Eintritte einer Geistesstörung plötzlich schwer körperlich erkrankt. Bei der Untersuchung fand man die linke untere Hälfte des Gesichtes vollständig gelähmt, desgleichen war der linke Arm gelähmt; alle übrigen Körpertheile functionirten gut. In den gelähmten Theilen schien die Sensibilität etwas abgestumpft, jedoch nicht aufgehoben. Nach drei Tagen trat der Tod ein. Bei der Autopsie fand man ausser einer Verdickung der Pia mater zwei ganz frische Blutheerde in der Rinde der rechten Hemisphäre. Der erste Heerd nahm den vorderen Theil der ersten Frontalwindung ein, hatte an der Oberfläche die Grösse einer Mandel und erstreckte sich ziemlich tief in die weisse Substanz, so dass er im Ganzen die Grösse einer Nuss hatte. Der zweite Heerd war 1 cm breit, 3 cm hoch und betheiligte die weisse Substanz höchstens 1 mm tief; er umfasste die vordere Hälfte der Präcentralwindung nach unten bis zur Hälfte der dritten Frontalwindung nach oben bis an die erste Frontalwindung reichend. Im übrigen waren keine besonderen Heerderkrankungen im Gehirn vorhanden. Der Befund ist nach unseren heutigen Kenntnissen durchaus geeignet, den sehr seltenen Symptomencomplex einer brachio-facialen Hemiplegie zu erklären.

In einem zweiten Falle beobachtete Verf. bei einer 70jährigen, an Dementia senilis leidenden Frau ein frisches Hämatom der dura mater, welches genau über der rechten Präcentralwindung lag und noch einen Theil der hinteren Centralwindung bedeckte. Intra vitam hatte eine linksseitige Hemiplegie mit Neigung zur Contractur wenige Tage hindurch bestanden; der Facialis war nur sehr wenig paretisch. Strauscheid.

---

555) **J. Bjerrum**: Et Tilfaelde af Hemianopsia partialis; Helbredelse, Localdiagnose mulig. (Ein Fall von Hemianopsia partialis, Heilung, Localdiagnose möglich.) (Nordisk ophthalm. Tidskr. III. Bd. p. 71.)

Ein 43jähriger Bevollmächtigter hatte vor einigen Jahren ein kleines, centrales Skotom auf dem rechten Auge. B. constatirte partielle Hemianopsia homonyma sin., die jedoch nur bei geringer Höhe und bei entfernten Objecten nachgewiesen werden konnte. Zugleich bestand Schwächung des Geruchsinns, und des Gehörs auf dem rechten Ohr. (Beides mehrere Jahre hindurch vorhanden.) Ophthalmoscopisch nichts Abnormes. Vollständige Heilung trat im Verlauf von $1^1/_2$ Jahren ein. Aus dem Verhalten des Gesichtsfeldes schliesst der Verf., dass die Ursache der Krankheit in einer, auf der Grenze zwischen dem tractus opticus und dem chiasma liegenden Läsion besteht, die beide Theile afficirt, aber in der Weise, dass zuerst hauptsächlich nur der tractus ergriffen war.

Ueber die Natur und Ursache der Erkrankung konnte nichts nachgewiesen werden.

Syphilis hatte Pat. nicht gehabt. Koch (Kopenhagen).

---

556) **Stauffer** (Marburg): Ueber einen Fall von Hemianopsie nach Verletzung des Hinterhauptlappens.

(Marburg, Elwert'sche Verlagsbuchhandlung 1890.)

Parallelfall zu dem von v. Monakow beschriebenen (cfr. Archiv für Psych. XXI, Heft 2, S. 651), in welchem nach Hemianopsie ein ausgedehnter Erweichungsheerd im linken Hinterhauptlappen, ferner secundäre Degeneration im dorsalen Abschnitt der Gratiolet'schen Stränge bis zum lateralen Theil des Pulvinar und im linken corp. genicul. externum gefunden wurde.

Im Stauffer'schen Fall blieb die Hemianopsie, die 1882 nach Splitterfractur des Schädels mit folgendem Gehirnabscess entstanden war, bis zum Tode 1887 constant. Auch hier fand sich secundäre Degeneration der Marksubstanz bis in die Gegend der Corp. genic. ext. und des Tractus. In Bezug auf die Degeneration des Tract. opt. „lässt sich nicht positiv erweisen, wieviel davon etwa auf die Mitwirkung der selbstständig erkrankten zwischenliegenden Ganglien zu beziehen ist. In Folge dessen ist es auch nicht zulässig, den Fall als Beispiel einer reinen Läsion des Hinterhauptlappens darzustellen." R. Sommer (Würzburg).

---

557) Dr. **Goldscheider** (Berlin): Ein Fall von Endocarditis ulcerosa mit Embolie der Basilararterie. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891 No. 30.)

Eine 31jährige Aufwärterin, die an Gelenkschmerzen erkrankt war, kommt wegen grosser Mattigkeit in die Charité. Dort constatirt man Dilatation beider Ventrikel, Aorteninsufficienz und Mitralstenose. Dabei hatte sie mässiges Fieber und eine grosse Pulsfrequenz (120—150 Schläge). Sie wird in wenigen Tagen erst schläfrig, dann comatös und stirbt nach 20stündigem Coma. Ausser einer linksseitigen Pupillenverengerung waren keine Heerderscheinungen vorhanden. Die Autopsie ergiebt die charakteristischen Zeichen einer Endocarditis ulcerosa und neben einigen Infarcten von Lunge, Milz und Nieren das seltene Vorkommniss einer Embolie der Basilararterie, und zwar an der Theilung der Basilaris in die A. profundae cerebri, und zwar erstreckt sich die Thrombose bis tief in die linke A. profunda hinein. Da letztere Aestchen zu dem Kern des Oculomotorius schickt, so wird die linksseitige Verengerung der Pupille dadurch erklärt. Die am letzten Tage aufgetretene Schläfrigkeit der Patientin lässt sich vielleicht aus der bei der Section nachgewiesenen Anämie der Rinde erklären, welche ihrerseits wiederum durch die theilweise aufgehobene Blutzufuhr bedingt war. Vielleicht lässt sich jedoch der schlafähnliche Zustand auch in der Art der Fälle von Polien cephalitis superior acuta (Wernicke) oder wie die von Gayet beschriebene schlafähnliche Affection deuten, bei der, wie in dem vorliegenden Falle, hauptsächlich die Gegend um den dritten Ventrikel (centrales Höhlengrau) befallen war. Mauthner hat aus dieser Veranlassung die Behauptung aufgestellt, dass der Schlaf hierbei durch eine Unterbrechung der sensiblen und motorischen Verbindungen zwischen Hirnrinde und der gesammten Peripherie zu Stande komme, wie sie in dem centralen Höhlengrau enthalten seien.

Die absolute Seltenheit der genannten Embolie geht übrigens aus der Thatsache hervor, dass Duret in seiner Arbeit: Sur la distribution des artères nourricières du bulbe rachidien (Arch. de physiol. 1873) sagt, dass er keinen solchen Fall hat auffinden können. Peltesohn.

---

558) **G. Guinon et Parmentier** (Paris): De l'ophthalmoplégie externe combinée à la paralysie glosso-labio-laryngée et à l'atrophie musculaire progressive. Lésion systématique des noyaux moteurs (Polioencéphalomyélite).
(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière No. 5, 6 1890, No. 1, 2, 3, 4 1891.)

Da der Referent nicht die ganze, sehr ausführliche und fleissige Arbeit der Verf. zu Gesichte bekommen hat, so beschränkt er sich darauf, nachfolgend die Schlussfolgerungen aus dem reichen Materiale der Verf. wörtlich wiederzugeben:

1) L'ophthalmoplégie externe d'origine nucléaire est comparable à tous égards à la paralysie labio-glosso-laryngée; expression d'une altération systématique limitée des noyaux moteurs, elle mérite bien le nom de paralysie bulbaire supérieure proposé par M. le professeur Charcot, qui réserve à la paralysie labio-glosso-laryngée le nom de paralysie bulbaire inférieure.

2) Toute curable qu'elle soit dans certains cas la paralysie double de la musculature extérieure de l'œil entraîne néanmoins un pronostic réservé que justifie la complication éventuelle de la paralysie labio-glosso-laryngée.

3) La poliencéphalite totale, produite par une altération de toute la colonne motrice bulbo-protubérantielle, débute ordinairement par la paralysie bulbaire supérieure, c'est-à-dire par l'ophthalmoplégie. Il est exceptionnel de voir cette dernière compliquer la paralysie bulbaire inférieure.

4) De même que la paralysie labio-glosso-laryngée (poliencéphalite inférieure) vient parfois compliquer l'atrophie musculaire du type Duchenne-Aran (poliomyélite antérieure chronique), de même l'ophthalmoplégie externe (poliencéphalite supérieure) peut se combiner à une amyotrophie plus ou moins généralisée, à marche tantôt subaigue, tantôt lente et progressive, donnant ainsi naissance à ce qu'on appelle la polioencéphalomyélite.

5) L'absence de troubles de la sensibilité, de paralysie de la vessie ou du rectum, la perte des réflexes, la présence des contractions fibrillaires dans les muscles atrophiés ou en voie d'atrophie, les caractères en un mot de l'amyotrophie, joints au facies d'Hutchinson permettent d'affirmer le diagnostic. L'absence de réaction de dégénérescence, plusieurs fois constatée est sur laquelle nous nous sommes suffisamment expliqués, n'est pas faite pour écarter le diagnostic de lésion spinale et, à plus forte raison, pour admettre celui de névrites périphériques.

6) L'amyotrophie se présente tantôt avec les caractères du type Duchenne-Aran (poliomyélite antérieure chronique), tantôt avec ceux du type clinique de la paralysie spinale antérieure subaiguë.

7) Quelle que soit la forme de polioencéphalomyélite, subaiguë ou chronique, le début peut avoir lieu presque indifféremment par l'ophthalmoplégie ou par l'atrophie musculaire.

8) C'est une affection des plus graves qui entraine la mort ou fait du malade un véritable infirme; il n'éxiste jusqu'ici aucun cas de guérison définitive. Son étiologie ne peut être précisée. Strauscheid.

---

559) **Raffaele Roscioli**: Tumore della glandula pituitaria.
(Il Manicomio moderoro 1890 No. 1 u. 2.)

Ein 58jähriger Bauer wurde im Januar 1887 wegen einer Geistesstörung in die Irrenanstalt zu Nocera aufgenommen. Derselbe hatte vor vier Jahren,

nachdem er einige Zeit lang an heftigen Kopfschmerzen gelitten hatte, fast plötzlich sein Sehvermögen gänzlich verloren. Allmählich hatten sich darauf immer zahlreicher auftretende Gesichtshallucinationen schreckhaften Inhaltes eingestellt, zu denen sich später auch einige wenige Gehörshallucinationen gesellten. Bei der Untersuchung fand man eine beiderseitige Opticusatrophie, complete Pupillenstarre. Der allgemeine Ernährungszustand war ein sehr schlechter. Uebrigens fehlten ausser Kopfschmerzen alle sonstigen nervösen Symptome. In psychischer Beziehung zeigte Patient ausser den erwähnten sehr zahlreichen Hallucinationen eine deutliche, fortschreitende geistige Schwäche. Dieser Zustand blieb bis zum Dec. 1888 unverändert bestehen, wo sich eine Rigidität der Flexoren beider unteren Extremitäten einstellte, die den Kranken an das Bett fesselte; die Kniephänomene zeigten sich zugleich erheblich verstärkt. Nach einer neuen Periode unveränderten Fortbestehens der Krankheit trat dann ganz plötzlich ein apoplectiformer Anfall auf, der dem Leben in wenigen Stunden ein Ende machte. Bei der Autopsie fand man ein nussgrosses Adenocarcinom der Hypophysis cerebri, welches nur durch einen dünnen Stiel mit dem Boden des dritten Ventrikels zusammenhing, sonst aber von einer dicken, glänzenden Kapsel überzogen war. Die beiden Optici waren zu dünnen, platten Fäden zusammengedrückt und gänzlich atrophisch. Sonst zeigte das Gehirn ausser einer leichten Atrophie der Rinde besonders im Stirntheile nichts Abnormes. Verf. bespricht kurz die Schwierigkeit einer Localdiagnose in dem vorliegenden Falle.

Strauscheid.

---

560) **Büttner:** Ueber Epilepsia procursiva und die Bedeutung des Laufphänomens. (Allg. Zeitschrift f. Psych. 1891 5. Heft.)

Der erste Theil der Arbeit enthält in chronologischer Folge die literarischen Erhebungen, soweit sie über Laufepilepsie möglich waren, nebst einigen Fällen von Lauferscheinungen bei nicht epileptischen Neurosen und Organleiden, sowie zwei Fälle eigener Beobachtung. Im zweiten Theil wird das Wesen und der diagnostische Werth des Laufphänomens untersucht. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1) Das Laufphänomen ist keine Zwangsbewegung, sondern eine willkürliche Bewegung; höchstens eine Zwangshandlung; kein epileptischer coordinirter Krampf, sondern ein psychisch-epileptisches Aequivalent.

2) Die Epilepsia procursiva ist weder anatomisch noch prognostisch als besondere Form der Epilepsia charakterisirbar. Das specifische Merkmal ihrer Anfälle giebt keinen principiellen, sondern nur einen formellen Unterschied von gewöhnlichen Anfällen und hat keine andere Bedeutung als die sonst bei leichter Epilepsie bekannten Automatismen. Soll sie einen Namen haben, so nennen wir sie besser mit P. Frank: Epilepsia cursoria.

Ascher.

---

561) **M. Holmbœ** (Rotvold-Asyl): Et Tilfælde af Hysteri i Barnealderen. (Ein Fall von Hysterie im Kindesalter.)

(Norsk-Mag. f. Lægevidensk III. Bd. p. 29.)

Ein 13jähriger Knabe, Sohn eines Fischers, aus stark belasteter Familie, bekam nach einer, vom Vater erhaltenen Züchtigung einen Krampfanfall. In der Anstalt trat dieser so auf, dass der Pat. plötzlich hinfiel, mit klonischen

Krämpfen, oder ohne diese, wobei er bewusstlos zu sein schien; einige Male Andeutung von Opisthotonus. Kurze Zeit darauf begann er, auf allen Vieren zu kriechen, knurrte und bellte wie ein Hund, oder scharrte und biss wie ein Pferd. Die Pupillen waren stark dilatirt, das Gesicht roth. Bei der Untersuchung fand man die Sensibilität auf der linken Seite bedeutend herabgesetzt, an einzelnen Stellen vollständige Analgesie, Amblyopie und Gesichtsfeldeinschränkung auf der linken Seite; auf der rechten Körperhälfte Hyperästhesie. Heilung durch Isolirung und Hydrotherapie. Ein Jahr lang hat er keinen Anfall gehabt. H. betrachtet, seinen Erfahrungen nach, einen so ausgeprägten Fall von Hysterie im Kindesalter für etwas sehr Seltenes in Norwegen. Koch (Kopenhagen).

---

562) **Selmer** (Balsfjorden): To tilfælde af Hysteri i Barnealderen. (Zwei Fälle von Hysterie im Kindesalter.)

(Norsk-Mag. f. Lægevidensk. 4 R. Bd. VI, p. 499.)

1) Ein 13jähriges Mädchen bekam nach Ueberanstrengung durch Lesen erst Anfälle von tonischen und klonischen Krämpfen mit ausgesprochenem Opisthotonus, dann maniakalische Anfälle. Der Opisthotonus konnte häufig durch Berühren der Wirbelsäule hervorgerufen werden.

2) Ein 12jähriges Mädchen blieb nach einem 4—5 Wochen andauernden febrilen Zustand apathisch, mit geschlossenen Augen 7 Monate liegen, ohne auf Fragen Antwort zu geben, und ohne Nahrung zu sich nehmen zu wollen. Erst nach längerer Zeit kam man dahinter, dass sie Nachts aufstand und tüchtig ass, — „Alles, was das Haus bot“. Koch (Kopenhagen).

---

563) Dr. **Wiederhold** (Wilhelmshöhe): Varicocele und Neurasthenie und Verwandtes, nach Beobachtungen in meiner Anstalt.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1891 No. 37.)

Verf. hat unter den ihm zur Behandlung zugegangenen Patienten einen nicht geringen Procentsatz von solchen Kranken zu registriren Gelegenheit gehabt, bei denen die Neurasthenie die Folge der mit einer bestehenden Varicocele einhergehenden Beschwerden war. In der Literatur finden sich hierüber nur Mittheilungen bei Beard und Rockwell und in Eulenburg's Realencyklopädie unter „Varicocele“. Die Symptome sind die der reizbaren, nervösen Schwäche, Unfähigkeit zu geistiger und körperlicher Arbeit, grosse Erregbarkeit auf sexuellem Gebiete, verbunden mit Unfähigkeit, den Coitus auszuüben und starke gemüthliche Depression mit völliger Hoffnungslosigkeit und Selbstmordideen. Eine andere Gruppe von Kranken leidet an Neuralgien, besonders der Intercostalnerven, verstärkter resp. unregelmässiger Herzthätigkeit, Parästhesien und Schweissen auf der der Varicocele entsprechenden Seite. Wie es scheint, wird durch die Varicocele ein Reizzustand resp. eine Ernährungsstörung der Genitalien hervorgerufen, welche zur Neurasthenie die Veranlassung giebt. Die gegen die Varicocele unternommenen therapeutischen Maassnahmen bestanden in Anwendung der Elektricität und des Wassers, um den Tonus der erschlafften Venenwände des Samenstranges zu heben. Bei dieser Behandlung ist es ihm gelungen, und zwar in kürzerer Zeit als sonst, den Kranken vollkommen umzustimmen.

Freilich giebt sich Verf. nicht allzu optimistischen Anschauungen in Betreff einer definitiven Heilung in diesen Fällen hin.

Nachdem Verf. noch die Krankengeschichte eines ausserordentlich muskulösen Mannes Ende der 20er Jahre gebracht, welcher in Folge früher bestandenen Ziegenpeters eine linksseitige Hodenatrophie hatte und in Folge dessen an einer schweren Form von Neurasthenie litt, bespricht er die Möglichkeit einer Analogie der Varicocele beim weiblichen Geschlecht. Nach seiner Anschauung wäre möglicher Weise das Bild der sogenannten Ovarie die Folge einer Erkrankung des das Ovarium umgebenden Venenplexus. Auffallend wäre das Ueberwiegen der linken Seite bei der Varicocele der Männer und den neuralgischen Beschwerden bei hysterischen Weibern. Er macht den Gynäkologen den Vorschlag, gelegentlich statt einer Castration bei Hysterie eine Aufrollung der Venen des Eierstocks vorzunehmen und schliesst mit dem Wunsche, dass seine Beobachtungen von fachmännischer Seite nachgeprüft würden. P.

---

564) **Hallager** (Viborg): Et Tilfælde af „Nona“? (Ein Fall von Nona.) (Hospitals-Tid. p. 629 Bd. IX.)

Ein Dienstmädchen, 16½ Jahr alt, aus gesunder Familie, ohne sonst kränklich gewesen zu sein, bekam zu Weihnachten 1889 Influenza. Darauf war sie gesund bis zum Juni 1890, wo sie anfing, an Mattigkeit und Schläfrigkeit zu leiden, zugleich mit häufigen Schmerzen in der rechten Schulter und der rechten Brustseite. Am 18. Juni hatte sie etwas Kopfschmerz und ass nichts, ebenso am 19., wo sie den grössten Theil des Tages schlief. Am folgenden Morgen fand man sie in tiefem Schlaf, sie konnte durch Anrufen nicht aufgeweckt werden, und reagirte nur schwach, wenn sie in Arm oder Bein gekniffen wurde. Wenn man ihre Augen öffnete, drehten sich die Bulbi stark nach oben, die Pupillen waren dilatirt. Sehnenreflexe normal. Rsp. 30, Puls 128, Tp. 39,1. Pat. wird ein Stück auf einem Wagen gefahren, in das Haus heraufgetragen, entkleidet und zu Bett gelegt, ohne bei alledem aufzuwachen. Kurz darauf schlug sie jedoch die Augen auf, trank ein wenig Milch, und fiel sofort wieder in Schlaf. Nachmittags 5 Uhr derselbe Zustand. Auch beim Katheterisiren erwacht Pat. nicht. Um 6½ Uhr wachte sie von selbst auf und war klar, klagte über Kopfweh und Schmerzen in der rechten Schulter. Tp. etwas später 39,6. Am 21. Juni fühlte sie sich wohl, ohne Schmerzen, bei normaler Temperatur. Sie blieb dann gesund und war weit lebhafter, als in der Zeit vor ihrer Schlafperiode.

Verf. lässt es dahingestellt, ob hier ein Fall der umstrittnen Krankheitskategorie vorliegt, und ob derselbe auf die mehrere Monate vorher überstandne Influenza zurückzuführen ist; er hält das nicht für unwahrscheinlich mit Hinblick auf die postdiphtheritischen Lähmungen und die Lyssa, wo ein solch längerer Zwischenraum zwischen dem ersten Eindringen des Gifts und seinen späteren Manifestationen sehr wohl bekannt ist.

Koch (Kopenhagen).

---

565) **W. B. Hadden**: Paralysis agitans in a young man. (Paralysis agitans bei einem jungen Manne.) (Brain, Winternumber 1890.)

Das Auftreten von Paralysis agitans im Alter von 28 Jahren ist selten. Die Krankheit begann drei Monate nach einem acuten Rheumatismus. Als

Kind von zwei Jahren hat Pat. einen Anfall von infantiler Lähmung überstanden; im Alter von 15 Jahren hatte er an Typhus abdominalis gelitten.

Ascher.

---

566) **Peterson**: Paralysis agitans.

(N. Y. med. Journ. October 1890 u. Hospitals-Tidende 1891 No. 7, p. 165.)

Verf. hat 47 Fälle dieser Krankheit beobachtet. 42 der Patienten waren zwischen 40 und 60 Jahr, darunter 29 Männer, 16 Frauen. Erbliche Belastung konnte nur in sehr wenigen Fällen nachgewiesen werden. Die Ursache der Krankheit bestand in 8 Fällen in dem anhaltenden Einfluss von Kälte und Feuchtigkeit, einige Male war Schreck, oder dergleichen, einmal ein Trauma die Ursache, und in letzterem Falle begann der Tremor in der von der Verletzung betroffnen Extremität. Tremor war in allen Fällen vorhanden, — in 5 Fällen war auch der Kopf afficirt. Die Häufigkeit der Vibrationen betrug 3,7—5,6 p. Skd. In 41 Fällen bestand Rigidität, und bei $^4/_5$ derselben war die charakteristische Haltung ausgesprochen. In einem Falle fand man Muskelatrophie. Propulsion kam 12mal, Retropulsion 3mal, beide Symptome zusammen 9mal, und Lateropulsion einmal vor. In 9 Fällen waren die Sehnenreflexe erhöht. 13 Patienten zeigten Veränderungen der Stimme, die höchstwahrscheinlich durch Störungen in den Larynxmuskeln bedingt waren. Subjective Hitzeempfindungen fand man in 7, Kälteempfindungen in 5 Fällen; einige Male auch andre Parästhesien. Bei 7 Pat. zeigte sich eine grosse Ruhelosigkeit, bei einem Tachycardie und bei einem geistige Störungen. Als bestes Mittel hält der Verf. Pillen von 3—10 C gr Codein und $^1/_2$ mmgr Hyoscinum hydrobromatum; 2—3mal täglich 1 Pille.

Kurella.

---

567) Prof. **Francesco Vizioli** (Neapel): Nevrosi tardini per effetto di fulmine.

(Annali di Neorologia 1891 Fasc. I.)

30jähriger Kutscher ohne heriditäre neuropathische Belastung, der keine zu nervöser Erkrankung prädisponirende Momente bot, ward im Jahre 1876 vom Blitz getroffen. Er verlor das Bewusstsein bis zum folgenden Tage. Alsdann fühlte er sich ganz wohl, nur hatte er über der rechten Leistenbeuge eine lästige Sensation, die anfangs an Intensität gering und wechselnd, seit 6 Jahren so heftig wurde, dass sie zu Krampfanfällen führte. Eine genaue Untersuchung des Pat. ergab in allen Organsystemen normale Verhältnisse; nur im Nervensystem fand sich Hyperästhesie der erwähnten Stelle über der rechten Leistenbeuge, von welcher aus sich die Krampfanfälle auslösen liessen. Bei diesen verlor der Kranke nie das Bewusstsein; sie dauerten 10—15 Secunden, und es ging ihnen eine auraartiges, nach dem Kopfe aufsteigendes Wärmegefühl vorher; der Kranke lief einige Schritte vor, stürzte dann hin, wand sich und schlug um sich. Die Pupillen waren enorm dilatirt, reagirten normal; während der Anfälle verengerten sie sich. Das Gesichtsfeld zeigt eine concentrische Einengung. Bromkali war ohne Wirkung.

Verf. schliesst aus seinen Beobachtungen, dass der Kranke durch den Blitzschlag hysterisch geworden sei.

Er erwähnt einen noch nicht publicirten Fall von Capozzi, wo ein vom

Blitz getroffener Mann ein Jahr lang an allerlei nervösen und psychischen Symptomen litt und dann das Bild des classischen Paramyoclonus multiplex bot. Dr. Feist.

---

568) Dr. **C. S. Freund** und Dr. **R. Kayser:** Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891 No. 31.)

Verf. beschreiben ausführlich einen Fall, der speciell für die brennende Frage, ob Simulation oder traumatische Neurose, manche interessante Einzelheiten bietet. Es handelt sich um einen 45jährigen Bahnwärter, der vor Schreck über einen in seiner nächsten Nähe niederfahrenden Blitz mit nachfolgendem Donnerschlag erkrankt. Weder an der Haut noch an den Kleidern liessen sich Verbrennungen nachweisen. Dagegen war Patient ungemein schwerhörig geworden, erbrach seinen Kaffee, hatte Sausen im Kopfe, Kriebeln und Taubheitsgefühl in den Händen. Die Untersuchung des Dr. Freund ergiebt: Die Empfindung für Berührung ist am ganzen Körper aufgehoben. Nur ganz tiefer Druck oder festes Kneifen von Hautfalten wird wahrgenommen, aber nur als Berührung. Leichte Nadelstiche werden gar nicht gefühlt. Tiefe Nadelstiche werden nur als Berührung resp. Fingerdruck gedeutet. Der faradische Pinsel löst nur bei übereinander geschobenen Rollen eine leichte Schmerzempfindung aus. Es finden sich nur ganz vereinzelte Inseln, welche für tiefe Nadelstiche ein wenig schmerzempfindlich sind. Ausserdem besteht hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinschränkung, links stärker als rechts. Links absolute Taubheit, rechts hochgradige Schwerhörigkeit. Geruch fehlt vollkommen, Geschmack ist stark herabgesetzt. Die Zunge, die Schleimhaut des Mundes, der Nase und die Haut des äusseren Gehörganges ist unempfindlich gegen Nadelstiche. Cornealreflexe fehlen vollständig. Dagegen reagiren hintere Rachenwand incl. Uvula mit Reflexbewegungen gegen Berührungen. An Stimme und Sprache war nichts Auffallendes wahrzunehmen. Die Intelligenz ist völlig intact, die subjectiven Klagen lauten nur über Parästhesien in Händen und Füssen und leichten Kopfschwindel. Bei fortgesetzter Untersuchung wurde weiter absoluter Verlust der Tastvorstellungen, sowie des Gelenkgefühls und der Lagevorstellungen gefunden. Trotzdem bestand keinerlei Ataxie. Mit geschlossenen Augen konnte er trotz der hochgradigsten Sensibilitätsstörungen schwierige coordinirte Bewegungen, wie Schleifen binden, Knöpfe auf und zu machen, ausführen. Auch sein Orientirungsvermögen hat trotz seiner colossalen Gesichtsfeldeinschränkung nicht gelitten, etwas, was bisher von Dr. Freund nur bei Fällen von traumatischer Neurose beobachtet wurde. Hypnose, Aufsetzen von Magneten und Faradisation mittels des elektrischen Pinsels bessern einen Theil der Symptome. Für den Ohrenarzt interessant ist noch die Thatsache, dass sich bei jedem Augenschluss des Patienten eine objectiv nachweisbare Contraction des linken Tensor tympani findet. Die Autoren nehmen in ihrer Erklärung des vorliegenden Falles eine Mittelstellung zwischen Charcot (männliche Hysterie) und Oppenheim (traumatische Neurose) ein.

Peltesohn.

---

569) Prof. **Seeligmüller** zu Halle a. S.: Weitere Beiträge zur Frage der traumatischen Neurose und der Simulation bei Unfallverletzten.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1891 No. 31—34.)

Verf. theilt zunächst einen unerquicklichen Briefwechsel zwischen der Hallenser medicinischen Facultät (Decan Prof. Hitzig) und ihm selbst mit. S. hatte in sehr scharfen Worten die Unsitte gegeisselt, nach der junge klinische Assistenten zu Obergutachten bei Unfallverletzten aufgefordert werden und im Gegensatz dazu als Vorbedingung „die Sachkenntniss, Erfahrung und Gewissenhaftigkeit eines ganzen Arztes" hierzu verlangt. Gegen das hierauf erfolgte Monitum der Facultät legt Verf. Verwahrung ein und schliesst daran eine nochmalige Auseinandersetzung seiner Anschauungen über Simulation bei sogenannter traumatischer Neurose. Er hält nach wie vor starr an seinem Grundsatze, dass Alles nur Simulation sei, fest, und bekämpft sowohl die vermittelnde Anschauung Möbius', dass es sich hier um die Aeusserungen männlicher Hysterie handelt, als die Meinung Hoffmann's, dass die Simulation in den seltensten Fällen ein völlig freier und durchdachter Akt der Schlauheit ist, sondern aus zahlreichen bewussten Motiven und unbewussten Vorstellungen zusammengesetzt sei. Zum Schluss bringt er die ausführliche Geschichte eines Bergarbeiters Landmann, der mehrfach in der Hallenser Universitäts-Klinik beobachtet worden war, behufs Ausstellung eines Attestes über seine in Folge eines Unfalls erworbenen Erwerbsunfähigkeit. S. weist in diesem Falle nach, dass bei der Ausstellung dieses Attestes Irrthümer untergelaufen und wichtige Beobachtungen theils unterblieben, theils mangelhaft ausgeführt worden sind. Gewisse objective Symptome, wie namentlich beschleunigte Herzaction, deren Simulation den ersten Ausstellern der Atteste unmöglich und daher als besonders beweiskräftig für traumatische Neurose erschien, lässt er von dem Genuss von Tabak, Kaffee und Alcohol herrühren. — Trotz des Vorwiegens persönlicher Momente ist der besprochene Artikel doch sehr bemerkenswerth und trägt überall das Gepräge warhafter Ueberzeugung. P.

---

570) Dr. **M. Friedmann**, Nervenarzt in Mannheim: Zur Lehre von den Folgezuständen nach Gehirnerschütterung.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1891 No. 39.)

Verf. theilt zwei Fälle von Gehirnerschütterung mit, welche ungewöhnliche Krankheitsbilder verursachten und besonderes Interesse verdienen, weil bei beiden die Section und in dem einen Falle die feine mikroskopische Untersuchung des Gehirns gemacht werden konnte. Das klinische Bild der Fälle wird von dem Verf. kurz folgendermaassen skizzirt: Bei zwei in noch jüngeren Jahren stehenden Individuen findet ein nur mässig schwerer Insult des Kopfes statt; sofort nachher tritt Schwindel, Kopfschmerz und Lähmung der Kopfnerven auf; nach einigen Wochen wesentliche Besserung der subjectiven Beschwerden, dann allmählich Einsetzen von schweren periodisch auftretenden Paroxysmen von Kopfschmerz und Schwindel bis zur Apathie und Benommenheit sich steigernd, gelegentlich selbst von Extremitätenlähmung und Fieber begleitet; nach einiger Zeit psychische Beeinträchtigung und schliesslich tödtlicher Ausgang in einem der schwereren Anfälle nach einem bez. drei Jahren.

Im ersten Falle hatte man die Schwere der Symptome nur mit einer Basisfractur mit encephalitischem Heerd und Meningitis erklären zu können geglaubt. Im zweiten Falle liess eine ungemein schmerzhafte Stelle am Hinterhaupt mit den nach freiem Intervall oft wiederholten fieberhaften Attaquen Schädelsplitterung an der Convexität mit eingekeiltem Knochensplitter und folgender meningitischer Reizung vermuthen. — Die Section ergab in keinem von beiden Fällen die kleinste Spur einer gröberen Läsion am Schädel. Man war daher, mangels jeder anderen Ursache, wie Nephritis oder Diabetes, gezwungen, auf die rein moleculäre Wirkung der Erschütterung zu recurriren und die beobachteten Zustände in die grosse Kategorie der functionellen Krankheitszustände des Gehirns einzureihen. Dafür spricht auch im Ganzen der in dem einen Falle erhobene mikroskopische Befund, welcher ergab: Hyperämie, lacunäre resp. aneurysmatische Erweiterung der Capillaren, häufige Erweiterung der adventitiellen Gefässscheide, welche oft mit reichlichem Blutpigment angefüllt ist. Daneben fand sich, besonders im linken Scheitelhirn, eine reichliche Rundzellen-Extravasation in die Gefässscheiden wie bei einer starken Entzündung. Ausserdem fanden sich allenthalben Gefässe mit hyalin entarteter Wandung. Mikrokokken liessen sich nicht nachweisen. Der genannte Befund deckt sich principiell mit den von Kronthal und Sperling gefundenen Veränderungen bei functioneller Neurose. —

Es ist wohl etwas ungewöhnlich, das beschriebene schwere Symptomenbild auf im Wesentlichen so kleine mikroskopische Veränderungen zurückführen zu müssen. Der tödtliche Ausgang in dem einen Falle ist vielleicht der Influenza, welche damals grassirte, zuzuschreiben. Verf. glaubt aber, dass der Symptomencomplex nach Trauma des Nervensystems durchaus kein einheitlicher sei, sondern die Combination der verschiedensten Typen erkennen lasse. Die vorliegenden Fälle repräsentiren die vasomotorische Form der Störung, während in anderen Fällen mehr die hysterische oder neurasthenische und die psychische Erkrankung in den Vordergrund tritt.

P.

---

571) **Leegaard** (Kristiania): Electroterapien i Norge i Tidsrummet 1841—75. (Elektrotherapie in Norwegen zwischen 1841—75.)

(Norsk. Mag. f. Lægevidensk. VI. Bd. p. 660.)

Der erste Anstoss zur Einführung der Elektrotherapie in Norwegen scheint eine Abhandlung von Dr. Crusell (Helsingfors) gegeben zu haben. (Galvanismen som klinisk Lægemiddel imod lokale sygdommer, Zeitschr. f. d. gesammt. Med. Bd. 18 p. 447.) Es war Prof. Chr. Heiberg, Oberarzt an der chirurg. Abthl. des Rigshospitals, der sie einführte. Anfangs wurde fast ausschliesslich die elektrolytische Wirkung des Stroms zu chirurgischen Zwecken verwendet. Nachdem C. Budde 1858 von einer Reise nach Berlin und Paris zurückgekommen war, wo er sich mit Remak und Duchenne bekannt gemacht hatte, wurde die Stelle eines Elektriseurs am Rigshospital geschaffen, und der constante, wie der inducirte Strom bei allen möglichen Leiden in ausgedehnter Weise angewendet. Jedoch erst nach Adam Arndsen's Anstellung als Elektriseur kam die Elektrotherapie in eine nüchterne, wissenschaftliche Bahn, entsprechend der Richtung, welche von den Thera-

peuten des Auslandes eingeschlagen wurde. Den Abschluss dieser Entwicklung bildet Arndsen's vortreffliches kleines Lehrbuch der Elektrotherapie von 1872. Arndsen beobachtete schon zu Beginn der 60er Jahre die Phänomene, die jetzt als Entartungsreaction beschrieben werden. Er schildert sie in seinen Notizen von 1862, ohne doch die Bedeutung dessen, was er sah, zu erkennen. Ferner zeigte A. 1865 in ausgezeichneten Versuchen, ohne Brenners Arbeiten von 1862 zu kennen, dass die Wirkungen des constanten Stroms auf die motorischen Nerven auf Polwirkungen beruhen, und formulirte von diesem Standpunkt aus die Reactionsformeln für die Muskelcontraction derart, dass wir jetzt nichts Wesentliches hinzuzufügen haben.

Koch (Kopenhagen).

---

572) **Krönlein** (Zürich): Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der Hirnchirurgie. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1891 No. 1 u. 2.)

Eine sehr lesenswerthe Zusammenstellung des modernsten Standpunkts der Hirnchirurgie, in der die operativen Eingriffe bei Hirntumoren, besonders aber die Trepanation bei hartnäckigem Kopfschmerz, und die Burckhardt'schen Rindenexcisionen einer einschneidenden Kritik unterworfen werden. Die Operationen wegen Hirndruck werden eingehend besprochen; die Knochenexcisionen bei frühzeitiger Nahtsynostose und Mikrocephalie jedoch nicht erwähnt. Für eine Entwicklung der operativen Therapie der Hirnabscesse macht K. nur sehr bescheidene Hoffnungen. Von 22 operirten Hirntumoren, die K. zusammenstellt, sind nur 8 als geheilt zu bezeichnen. Es soll dabei bemerkt werden, dass die neuste, von Knapp (Boston 1891) gegebene Zusammenstellung von 73 Operationen wegen Hirntumors 30 Heilungen ergiebt.

Kurella.

---

573) Prof. Dr. **Ledderhose** in Strassburg: Ueber einen Fall von geheiltem Hirnabscess. (Deutsche med. Wochenschr. 1891 No. 32.)

Ein siebenjähriger Knabe erleidet eine Verletzung der linken Schläfengegend durch Wurf, wahrscheinlich mit einem scharfen Eisenstück. Es entwickelt sich von der Wunde aus ein Erysipel. Am siebenten Tage tritt ein klonischer Krampfanfall auf, der in der Zunge und zwar auf der verletzten Seite seinen Sitz hatte. Patient konnte trotz erhaltenen Bewusstseins während des Anfalls nicht sprechen, der Speichel lief ihm aus dem Munde heraus. Derartige Anfälle wiederholten sich noch einige Male, um dann für zwei Jahre zu verschwinden. Dafür traten Koliken, Erbrechen, Kopfweh häufig ein. Die Wunde, die ein halbes Jahr zur Heilung gebraucht hatte, brach von Neuem auf und eiterte. Später schloss sie sich wieder, behielt jedoch eine schmerzhafte Narbe zurück. Nach einem Jahre traten wieder, nachdem 8 Tage lang allgemeines Unwohlsein, Erbrechen und Schwindel bestanden hatten, Krämpfe in der Zunge und der linken Gesichtshälfte auf. Sodann zuckten beide Gesichtshälften, endlich aber trat der contralaterale Typus auf und blieb bestehen, indem ausser der Zunge immer nur der rechte Mundwinkel zuckte. Einige Male wurde Drehung der Augen und des Kopfes nach rechts beobachtet. Die Anfälle dauerten meist nur wenige Minuten, höchstens einmal zwei Stunden. Am Rumpf oder den Extremitäten traten niemals Zuckungen auf. — Das Ausschneiden der empfindlichen Narbe half nur für sechs Wochen. Da die wiedergekehrten Krämpfe stets rechtsseitig blieben und denselben Typus bewahrten, so gewann die Diagnose „corticale

Epilepsie“ an Wahrscheinlichkeit. Da ferner der Ort der Verletzung dem vorderen Winkel des Scheitelbeins entsprach, von wo aus man in den Schädel eindringen muss, um die motorischen Centren des Facialis und Hypoglossus zu erreichen, so dachte man an die Möglichkeit eines Hirnabscesses an dieser Stelle. Stauungspapille bestand übrigens nicht. Bei der Operation stiess man auf eine feste Narbe der Dura, unter welcher der vermuthete Abscess auch wirklich sass. Unter Drainage floss der Eiter ab, es stiess sich ein fingergliedgrosses, nekrotisches Gewebsstück ab, das aus Abscessmembran und Gehirnsubstanz bestand. Die Wunde heilte in vier Wochen. — Bereits am Tage der Trepanation zeigte sich eine Parese der rechten Oberlippe, die ungefähr drei Wochen bestand und dann verschwand. Zweimal wurden ferner in den ersten Tagen nach der Operation kurz dauernde Zuckungen des rechten Mundwinkels beobachtet. Weitere Krämpfe sind nicht mehr aufgetreten.

Verf. bespricht die Schwierigkeit, welche die Diagnose in diesem Falle bot, und erwähnt einen ähnlichen Fall von Macewen (Centralblatt für Chirurg. 1888). P.

---

574) Dr. **Thamm** (Düsseldorf): Ein mit dem Koch'schen Mittel geheilter Fall von Gehirntuberculose als Complication von in gleicher Weise geheilter Lungentuberculose. (Deutsche med. Wochenschr. 1891, Nr. 31.)

Ein 34jähriger Schutzmann, der in Folge eines Schlages auf die rechte Schulter an einer Tuberculose der Scapula und Clavicula erkrankt war, bekommt nach einiger Zeit Hämoptoë, hat bacillenhaltiges Sputum und klagt während seines abendlichen Fiebers über Kopfschmerzen; da ausserdem mehrfache Krampfanfälle eintreten, so deutet Verf. den Zustand als eine Meningitis tuberculosa. Einspritzungen von $^1/_2$ Mgr Tuberculin verursachen heftige Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schlafsucht, Nackenstarre und Schmerzhaftigkeit im Nacken. Daneben besteht Hyperästhesie an den Seitentheilen des Kopfes und Anästhesie an der Stirn genau symmetrisch nach beiden Seiten. Pulsverlangsamung trat mehrfach während der Reaction ein. Nach der sechsten Einspritzung tritt lebhaftes Hungergefühl ein, und nach drei Monaten sind die Symptome der Gehirntuberculose vollkommen verschwunden. Auch die Lungentuberculose heilt etwas später. Patient thut seinen Dienst wiederum so gut wie früher. Die Behandlung mit Tuberculin war ambulant gewesen. P.

---

575) Dr. **Felix Peltesohn**: Ueber einen von der Nase aus geheilten Fall von Gesichtskrampf. (Berliner Klin. Wochenschrift 1891, Nr. 30.)

Die an sich sehr undankbare Behandlung des Tic convulsif hat dort noch die meisten Aussichten auf Erfolg, wo der Krampf auf reflectorischem Wege zu Stande kommt. Vom Trigeminus werden am häufigsten Gesichtskrämpfe ausgelöst. Man muss daher in jedem Falle von Tic convulsif den Verzweigungen dieses Nerven besondere Aufmerksamkeit schenken. Die Ausläufer des Trigeminus, welche er in die Mund- und Nasenhöhle sendet, sind bisher bei den Untersuchungen etwas stiefmütterlich behandelt worden. Die hierher gehörigen vom Ganglion spheno-palatinum kommenden Aeste des Trigeminus verdienen aber gerade eine besondere Würdigung, da sie durch den N. petrosus superficialis major in directe Beziehung zum N. facialis

treten. Gräfe hatte schon durch Heilung eines Geschwürs am linken Arcus glosso-palatinus einmal einen doppelseitigen Blepharospasmus geheilt. B. Fränkel hatte durch galvanokaustische Behandlung des Naseninnern einen vier Jahre alten Facialiskrampf, der vorher allen therapeutischen Versuchen wiederstanden hatte, in kurzer Zeit vollkommen beseitigt. In dem vorliegenden Falle handelt es sich um einen Kaufmann von zwanzig Jahren. Derselbe bekommt im vierzehnten Lebensjahre Zucken im linken unteren Augenlide, das in unregelmässigen Zwischenräumen kommt und geht. Seit April 1890 tritt Zucken der ganzen linken Gesichtshälfte auf, welches bisweilen so heftig war, dass Patient im Schlafe davon erwachte. Da Patient an verstopfter Nase leidet, nasal sprach und einen braunröthlichen Ausfluss aus der Nase hatte, so suchte er den Rath des Verfassers auf. Die Untersuchung ergiebt einen Tumor der unteren Muschel auf der linken Seite, dessen Entfernung den Facialiskrampf vollkommen beseitigt.

Mit Rücksicht darauf, dass in dem vorliegenden Falle sich mittels der Sonde keine sogenannten Druckpunkte in der Nase nachweisen liessen und sich dennoch der Krampf von der Nase aus heilen liess, plaidirt Verfasser dafür, den Gräfe'schen Begriff des Druckpunktes für die Nasenschleimhaut fallen zu lassen und dafür Reizzustände, wie chronische Katarrhe, Dornen und Leisten der Scheidewand, Schwellungszustände und Tumoren für die Therapie ins Auge zu fassen. In jedem Falle von Tic convulsif empfielt es sich, an die Möglichkeit eines nasalen Ursprungs zu denken und gegebenen Falles darnach therapeutisch zu handeln. Autoreferat.

---

576) **Voigt** (Oeynhausen): Multiple Neuritis und Thermalsoolbäder.

(Separatabdruck aus Deutsche medic. Wochenschr. 1891, Nr. 16.)

Verf. theilt seine therapeutischen Erfolge an 40 Fällen von multipler Neuritis, deren Krankengeschichten in mehrfacher, besonders ätiologischer Hinsicht viel Interessantes bieten, mit. Erst wenn die Rückbildung der entzündlichen Störung sich einleitet, oder wenn sie sehr lange auf sich warten lässt oder schleppend verläuft, soll die bis dahin verordnete Ruhe der Massage, Elektricität und den Bädern weichen. Der Einfluss der Soolbäder macht sich durch schnelle Hebung der allgemeinen Körperernährung geltend und dann durch Nachlass der motorischen und der sensiblen Störungen.

Eichberg. Feist.

---

577) **Harald Holm**: Et helbredet Tilfælde af „Delirium acutum". (Delirium acutum mit Ausgang in Genesung. Ergotintherapie.)

(Norsk Mag. f. Laegevid. 1891, p. 888.)

J. M. J., 38 Jahre, neuropathisch nicht belastet, zeigt sich kurz nach einer Influenzaattake, verändert, schweigend oder mit sich selbst sprechend, nahrungsweigernd und schlaflos. In Kristiania, Communalirrenanstalt, aufgenommen, wird sie bald unter Fieber delirirend, komatös, mit tetanischen Muskelcontractionen. Unter Ergotinbehandlung — 0,15 bis 0,20 M. und A. subcutan — tritt in ca. 14 Tagen Genesung ein. Dr. Holm hat früher zweimal Delirium acutum gesehen, beide mit letalem Ausgang; einmal konnte er auch mikroskopisch die Entzündung nachweisen, Oedem und Ueberfüllung

der Gefässe, colloide Degeneration der Ganglienzellen, Entartung des tangentialen Fasersystems. Der Effect des Ergotins, den der Verf. mit Brown Sequard in dem veränderten Gefässtonus sieht, verdient auch bei anderen meningitischen Processen versucht zu werden, — bei tuberculöser Meningitis sah doch der Verf. in zwei Fällen keinen Effect, was ja auch nicht zu erwarten war.

Henrik Dedichen (Hosten).

---

578) Dr. **Horsley** (West Point, Georgia, Ver. Staaten): Apomorphine for Convulsions. (The Americ. Journ. of the Med. Sciences, June 1891, p. 615.)

H. benützte Apomorphin, um die Krämpfe bei Strychninvergiftung zu bekämpfen, und in anderen Zuständen. Andere Autoren haben die Anwendung dieses Mittels (subcutane Einspritzungen) während der epileptischen Aura, um den Anfall abzuwehren, und in Fällen von infantilen Convulsionen empfohlen. H. denkt, dass dieses Mittel bis jetzt hauptsächlich nur seiner emetischen Wirkung wegen gebraucht wurde. Zufälligerweise fand er, dass es Einfluss auf die Krämpfe habe, welche durch Strychninvergiftung hervorgerufen werden. Seit jener Zeit gebrauchte er Apomorphin gegen alle Convulsionen und wurde von dem Mittel in keinem Falle im Stiche gelassen. Gestützt auf seine Erfahrungen, welche, wie er selbst behauptet, begrenzt seien, spricht er dem Apomorphin die Wirkung zu, dass alle Krämpfe, welche nicht auf einer Gehirn- oder Rückenmarksläsion beruhen, durch die Anwendung desselben bekämpft werden können. Er hat das Mittel noch nicht angewandt in Tetanus oder Hydrophobia, noch Eclampsia, obgleich sein Gebrauch Symptome zum Schwinden brachte, welche ihn Eclampsia vermuthen liessen. Die Dose schwankte zwischen $^1/_{20}$ bis $^1/_8$ Gran und wurde immer subcutan injicirt.

F. H. Pritchard (Boston).

---

579) Prof. **Mc Call Anderson** (Glasgow): Case of Epilepsy cured by Antipyrine. (Heilung eines Falles von Epilepsie durch Antipyrin.)
(The Americ. Journ. of the Med. Sciences. Philad., May 1891, p. 485.)

Patient ist ein Knabe von neun Jahren. Litt seit $2^1/_2$ Jahren an Krämpfen. Neuropathische Familie. Sechs Wochen vor dem ersten Krampfanfall fiel Patient auf den Kopf und erlitt Quetschwunden am Kopfe, aber keine Verletzungen der Schädelknochen. Er erholte sich schnell und war wohl bis zum ersten Krampfanfall, für dessen Ursache die Eltern nichts als den Fall auf den Kopf angeben können. Am Beginne der Krankheit hatte Patient vier bis sechs Anfälle täglich. Dieselben mehrten sich und stiegen schliesslich auf dreissig bis vierzig den Tag. Der Zustand des Patienten besserte und verschlimmerte sich in Intervallen. Der Autor giebt eine detaillirte Beschreibung der Krampfanfälle und das Resultat einer eingehenden Untersuchung des Patienten. Am 20. Dec. wurde mit der Behandlung begonnen. Sie bestand, nebst den üblichen hygienischen und dietätischen Maassregeln, in der Verabreichung von Antipyrin; beginnend mit $^1/_3$ Gramm-Dosen (dreimal täglich). Die Dosen wurden täglich gesteigert, und am 9. Jan. 1890 erhielt Patient $1^2/_3$ Gramm dreimal täglich. $1^2/_3$ Gramm, dreimal täglich, schien die zutreffende Dosis zu sein, da nach der Darreichung derselben die Krampfanfälle aufhörten, aber jedesmal wiederkehrten, wenn die Dose vermindert wurde. Der Patient verliess das Hospital am 1. März, sich voll-

ständig wohl befindend. Er setzte den Gebrauch des Antipyrins zu Hause fort und hatte, wie sein Vater dem Autor in einem Briefe am 12. März mittheilte, keine neuen Anfälle. — Dass das Aufhören der Krämpfe in directem Zusammenhange mit der Anwendung des Antipyrins steht, scheint bewiesen zu sein durch die Thatsache, dass die Anfälle aufhörten, wenn eine bestimmte Dosis ($1^2/_3$ Gramm dreimal täglich) dargereicht wurde, aber sofort wieder erschienen, sobald dieselbe vermindert wurde. Der Autor wurde veranlasst, das Antipyrin hier anzuwenden, durch die Ueberzeugung, dass die Epilepsie eine reine Neurose ist, und weil er vertraut war mit dem ausgiebigen sedativen Einfluss des Antipyrins auf das Nervensystem, und die erfolgreiche Anwendung desselben in der Behandlung von Chorea — eine andere Form von neurotischer Affection. Albert Pick (Boston).

---

580) Dr. **H. Gellhorn**: Duboisinum sulfuricum als Sedativum und Hypnoticum. (Deutsche med. Wochenschr. 1891, Nr. 30.)

Im Anschluss an die von Ostermayer (Budapest) in der „Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie“ (Bd. 47) veröffentlichten Versuche über die Wirkungsweise von Atropin und Duboisin hat Verf. an den Patienten der Dr. Pierson'schen Heilanstalt in Pirna die Wirkung des Duboisin. sulfuricum studirt und kommt dabei zu folgenden Schlüssen: Das Duboisinsulfat ist ein prompt wirkendes Sedativum bei den mit Aufregungszuständen einhergehenden Psychosen ohne gefährliche Nebenerscheinungen und deswegen empfehlenswerther als das bisher in solchen Fällen angewandte Hyoscin. Die Wirkung ist meist eine schnelle; die schlafmachende Wirkung bei einfacher Agrypnie muss noch durch grössere Versuchsreihen festgestellt werden. Sulfonal wirkt vielleicht besser. Bei aufgeregten Kranken stellt der Schlaf sich in den meisten Fällen ein. Als Dosis zur subcutanen Injection für Beruhigung aufgeregter Kranker wird empfohlen: bei Frauen 0,0008—0,0012, bei Männern 0,0012—0,0022 pro dosi et die, zur internen Verabreichung 0,0008—0,0022 (jedoch bisher vom Verf. nur bei Frauen erprobt). Bei längerem Gebrauche des Mittels soll man langsam die Dosis steigern. Bei älteren und sehr anämischen Personen ist das Mittel nur mit grösster Vorsicht anzuwenden, da leicht Bewusstlosigkeit, Krämpfe, Schwindel etc. bei ihnen darnach auftritt. P.

---

581) **V. Holst** (Riga): Die Behandlung der Hysterie, der Neurasthenie und ähnlicher allgemeiner functioneller Neurosen. Dritte umgearbeitete Auflage. Stuttgart, F. Enke 1891, 98 S.

Verf. bemüht sich in der jetzt in der 3. Auflage vorliegenden Schrift auf Grund erweiterter anstaltlicher Erfahrungen, seine Anschauung über die Behandlung der Hysterie und Neurasthenie zu formuliren.

In der Einleitung giebt er nach Besprechung der Ansichten anderer Autoren seine eigene Definition des Begriffes Hysterie, die etwas weitschweifig und complicirt ist. Wir müssen uns betreffs derselben auf die Andeutung beschränken, dass H. sich nicht damit begnügt, den Fussstapfen einzelner neuerer Autoren zu folgen und die Hysterie einfach als psychische Krankheit zu erklären, sondern es vorzieht, an dem älteren Begriffe einer allgemeinen functionellen Neurose festzuhalten und die Verschwommenheit dieser Auffassung durch Anführung einer Reihe von charakterisirenden Momenten

zu beseitigen. Gegen die Details der letzteren liessen sich wohl mehrere Einwände erheben. Wir wollen hier jedoch nur auf die Irrthümlichkeit des Satzes hinweisen, „dass im Allgemeinen alle Symptome eine grosse Unbeständigkeit und fortwährenden Wechsel zeigen". Schon vor mehreren Jahren hat sich Charcot[1]) in nachdrücklicher Weise gegen die alte Lehre von dem proteusartigen Charakter der Hysterie, die Instabilität ihrer Symptome ausgesprochen. Jeder Neurologe, der grössere Erfahrung auf dem Gebiete der Hysterie hat, wird ihm hierin unbedingt beipflichten. Die hartnäckige Andauer hysterischer Krämpfe, Lähmungen, Gelenkaffectionen etc. durch Monate und Jahre bildet ja keineswegs ein seltenes Vorkommniss. Wir glauben auch, dass H. den fraglichen Satz nicht aus seiner eigenen Erfahrung abgeleitet hat, sondern als einen quasi feststehenden der Literatur entnehmen zu müssen glaubte.

In der Prophylaxis erwähnt H., unseres Erachtens sehr mit Recht, als eine der Hauptursachen der Nervosität unserer Zeit die Ueberbürdung in den Schulen und namentlich in den höheren Mädchenschulen. Auch nach unserer Beobachtung wird in letzteren in hygienischer Hinsicht noch mehr gesündigt als an den Mittelschulen für Knaben. Auch die Bemerkungen des Autors gegen die moderne Klavierseuche, die Sucht, auch musikalisch nicht veranlagten Kindern Klavierunterricht aufzunöthigen, sind sehr beherzigenswerth.

In der Therapie der Hysterie und Neurasthenie hält H. die psychische Behandlung für den wichtigsten Faktor. Man kann dies für die Hysterie wenigstens ohne Weiteres zugeben; bezüglich der Neurasthenie ist Referent etwas anderer Ansicht. Indess wollen wir, hiervon ganz absehend, uns nur die Frage vorlegen, ob denn das Verfahren, welches der Verfasser bei seiner psychischen Behandlung einschlägt, für alle Fälle das geeignetste ist. H. verlangt, ohne irgend eine Unterscheidung zwischen einer psychisch verkommenen Hysterischen oder einem noch im Vollbesitz seiner Intelligenz und Urtheilskraft befindlichen hochgebildeten Neurastheniker zu machen, dass der Patient sich durchaus abhängig fühlt von seinem Arzte und ihm blind bis in das Kleinste hinein gehorcht. Der Arzt muss also dem Patienten wie ein höheres Wesen erscheinen, dem man sklavischen Gehorsam schuldet. Nur so soll es möglich sein, „dass das ‚Stehe auf und Wandle' eine Wirkung hat". Wollen wir aufrichtig sein! Wie oft kommt es überhaupt vor, dass von dem berühmten surge et vade mit einiger Aussicht auf Erfolg Gebrauch gemacht werden kann? Sicher nur bei ganz vereinzelten Hysterischen, also einem geradezu verschwindenden Bruchtheile der in Betracht kommenden Kranken. Können diese wenigen Hysterischen das Prototyp für die Behandlung aller mit zerrütteten Nerven Behafteten bilden? Wir möchten eher glauben, dass es Aufgabe und Pflicht des Arztes ist, die an sich willensschwachen Kranken von sich möglichst unabhängig zu machen, von ihnen kein Sacrificium intellectus zu verlangen, sondern die als nöthig erachteten Maassregeln ihrem Verständnisse zugänglich zu machen. Die Anschauungen, die der Verfasser bezüglich psychischer Behandlung der Neurasthenie und Hysterie hegt, verleiten ihn auch zu dem wohl etwas überstürzten Schlusse, dass solche Kranke nur in den speciellen Heilanstalten für Nervenkranke mit Erfolg behandelt werden könnten. Selbst die Wasserheilanstalten hält

[1]) Leçons sur les maladies du syst. nerv. 1887, Bd. III, S. 253.

er für einen grossen Theil der in Frage stehenden Fälle für ungeeignet. Wir wollen hier von unseren eigenen, etwas abweichenden Erfahrungen über die Resultate anstaltlicher und nichtanstaltlicher Behandlung ganz abstrahiren. Allein wie soll der Praktiker, für welchen die Holst'sche Schrift doch in erster Linie bestimmt ist, dem Verfasser glauben, dass ausserhalb der speciellen Heilanstalten für Nervenkranke für alle die unzähligen Neurasthenischen und Hysterischen kein Heil erblüht, wenn dieser selbst an einer anderen Stelle seiner Schrift (S. 71) zugiebt, dass sich unstreitig viele hierhergehörige Kranke wesentliche Besserung und Heilung aus verschiedenen Bädern geholt haben, und wenn er ferner es für unleugbar erklärt, dass sowohl die Seeluft als die Gebirgsluft bei Nervenkranken sehr gute Dienste leisten kann. Holst beklagt sich darüber, dass im Allgemeinen ärztlicherseits der Anstaltsbehandlung der functionellen Neurosen zu wenig Verständniss entgegengebracht wird; wir glauben, dass durch Behauptungen, wie die obige, dieses Verständniss nicht gefördert wird. Eher möchten wir befürchten, dass der schlichte Praktiker hierin ein Symptom jener heutzutage so verbreiteten medicinischen Kachexie erblickt, über welche sich Forel jüngst in so bitteren Worten ergangen hat.

Was Verfasser über die einzelnen üblichen Behandlungsmethoden (hypnotische, gynäkologische Behandlung, Hydroelektrotherapie etc.) mittheilt, entspricht im Allgemeinen den Erfahrungen wohl der Mehrzahl der Nervenärzte. Besondere Anerkennung scheint es uns zu verdienen, dass H. in der Beurtheilung des therapeutischen Werthes der Hypnose sich nicht von der derzeit in der deutschen Literatur vorherrschenden Strömung beeinflussen lässt und derselben in der Behandlung der functionellen Neurosen einen Platz neben der anderen wissenschaftlichen Methoden einräumt. Auch seine Bemerkungen über die Verwerflichkeit einer gynäkologischen Behandlung in vielen Fällen von allgemeiner Neurose sind durchaus zutreffend. Was die Elektrotherapie anbelangt, möchten wir H.'s Anschauungen über die Leistungen der Influenzelektricität als etwas zu optimistisch erachten. In der Diätetik ersehen wir, dass H. hinsichtlich der Verabreichung von Kaffee, Thee und Wein nicht die Aengstlichkeit mancher Nervenärzte theilt. In puncto des Weines huldigt er sogar Anschauungen, deren Eindringen in weitere ärztliche Kreise wir sehr bedauern müssten. H. hält den Wein für eines der besten Anregungsmittel für ein erschöpftes Nervensystem und will beobachtet haben, „dass neurasthenische Patienten im Verhältnisse zu ihrer Gewohnheit ganz enorme Quantitäten Wein nicht nur sehr gut vertragen, sondern dass sie ihnen auch sehr nützlich sind". Wir haben ebenfalls zahlreiche Neurastheniker gesehen, denen der Genuss grosser Mengen von Alkoholicis (Bier und Wein) „sehr nützlich" war, sofern es ihnen hierdurch gelang, sich vorübergehend aus der Misere ihres Zustandes herauszureissen, und die daher zu diesem Mittel sogar ohne ärztliche Verordnung gerne ihre Zuflucht nehmen. Wir haben aber auch die vollste Ueberzeugung gewonnen, dass der Nutzen, den diese Patienten aus der reichlichen Consumption von Spirituosen zogen, nur ein scheinbarer war, dass auf die künstliche Stimulirung des Nervensystems bei denselben stets ein Rückschlag, eine Art functionelle Ebbe folgte, und dass sonach diese Kranken durch ihre Trinkgepflogenheiten nur ihren schon zerrütteten Nerven eine weitere Schädigung zufügten. Ob den von Holst beobachteten Neurasthenikern die „ganz enormen Quantitäten Wein" in anderer als der eben angedeuteten Weise

nützlich waren, müssen wir bis auf Weiteres bezweifeln; wir können daher auch einem „curmässigen reichlichen Genuss von Wein“ bei Neurasthenikern durchaus nicht das Wort reden. L. Löwenfeld.

---

582) **L. Löwenfeld** (München): Die nervösen Störungen sexuellen Ursprungs. Wiesbaden, Bergmann, 1891, 169 S.

L. beabsichtigt in dieser Schrift auf Grundlage der vorhandenen Literatur und eigener Erfahrungen der Bedeutung sexueller Vorgänge als Ursache von Nervenkrankheiten nachzugehen. Er thut dies, indem er nacheinander die sexuelle Abstinenz, die sexuellen Excesse, die Onanie und den sexuellen Präventivverkehr in diesem Zusammenhange betrachtet, den Einfluss des geregelten sexuellen Verkehrs auf bestehende Nervenkrankheiten und die Disposition zu solchen erörtert und in einem Schlusscapitel die Behandlung der sexuellen Neurasthenie bespricht.

Es bedarf keiner breiten Ausführung, dass Verfasser in seiner Schrift ein Gebiet der Aetiologie nervöser Störungen betritt, auf welchem die Anzahl der gesicherten Thatsachen noch gering ist gegenüber der Menge der Vermuthungen und Wahrscheinlichkeiten. Nicht der Mangel an einschlägigen Beobachtungen und Mittheilungen, sondern die besonderen Schwierigkeiten des Untersuchungsgebiets selbst bedingen hier den Widerstreit der Meinungen. In der Mehrzahl der in Rede stehenden Störungen handelt es sich um eine complicirte Aetiologie, um eine „Concurrenz von Ursachen“, und oft liegt die stricte Unmöglichkeit vor, mit Sicherheit das eine oder das andere ätiologische Moment für die nervösen Symptome verantwortlich zu machen. Hierzu kommt die Schwierigkeit, einzelne der hierher gehörigen Begriffe, wie z. B. den sehr dehnbaren des sexuellen Excesses, scharf zu umgrenzen. So ist die Zahl wirklich einwurfsfreier Beobachtungen auf diesem Gebiete naturgemäss gering, und kann es nicht auffällig erscheinen, dass der Zuwachs unserer Kenntnisse hier nur ein sehr langsamer sein kann.

Mit Rücksicht auf die täglichen Fragen der Praxis bleibt es aber eine nützliche Aufgabe, durch Recapitulation der vorhandenen Beobachtungen und Prüfung derselben an der eigenen Erfahrung den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse auch in diesen Beziehungen zu fixiren. Es ist anerkennend hervorzuheben, dass L. hierbei mit kritischer Sichtung zu Werk geht und überall das Bestreben möglichst vorsichtiger Schlussfolgerung hervortritt. Im Einzelnen seine Ergebnisse in den verschiedenen Fragen zu referiren, würde hier zu weit führen. Es sei nur noch erwähnt, dass seine Darstellungsweise eine durchaus gemeinverständliche ist. Deshalb kann die vorliegende Schrift gerade in erster Linie dazu empfohlen werden, dem praktischen Arzt in den einschlägigen Fragen zur Orientirung zu dienen, wobei ein alphabetisches Sachregister die Benutzung erleichtert.

Mercklin (Riga).

---

583) **Regnier, L. R.**: Hypnotisme et Croyances anciennes, avec 46 figures et 4 planches. Paris 1891. Publications du „Progrès Médical“. Lecrosnier et Babé Éditeurs.

Der Inhalt des R.'schen Werkes entspricht nicht genau dem Titel. Was R. in seiner verdienstvollen Arbeit uns bietet, ist nicht lediglich eine Darstellung der Beziehungen des Hypnotismus zu den religiösen Anschauungen

vergangener Zeiten, sondern eine Geschichte des Hypnotismus, die wenigstens zum grossen Theile auf sorgfältige Studien der z. Th. schwer zugänglichen Quellen basirt und daher den mehr oder minder dilettantischen Versuchen in verschiedenen Werken über Hypnotismus gegenüber entschieden zu begrüssen ist. Zur Einführung in sein Werk giebt R. eine Darstellung der hypnotischen Phänomene im Sinne der bekannten Charcot'schen Lehren (Eintheilung der Hypnose in die drei Stadien: Lethargie, Katalepsie, Somnambulismus, Unterscheidung des grand hypnotisme von dem petit hypnotisme der Nancyer Schule etc.). Im geschichtlichen Theile wendet sich R. zunächst gegen die bei verschiedenen Schriftstellern sich findende Behauptung, dass sich die Bekanntschaft mit den verschiedenen Zuständen des hypnotischen Schlafes bis in die ältesten Zeiten verfolgen lasse. Er hält diesen Satz für nicht ganz den Thatsachen entsprechend. So findet sich in den Büchern der Inder, den Vedas, deren Entstehung nach der Ansicht der Orientalisten 15 Jahrhunderte vor Chr. zurückdatirt, keine Andeutung, dass den alten Indern jener Epoche von einer Hypnose etwas bekannt war. Auch die Zustände, in welche sich gewisse Classen der Brahmapriester, die Jogis und Fakire versetzen, gehören nicht der echten Hypnose, sondern der Ekstase an. R. bemüht sich in eingehender Weise, die Unterschiede zwischen den Zuständen, in welche sich die genannten indischen Asketen hineinquälen, und der typischen Hypnose festzustellen. Schon die Mittel, welche die Jogis und Fakire anwenden, um den fraglichen Zustand herbeizuführen, sind nach R. nicht eigentlich hypnogene. Es handelt sich hierbei wesentlich um äusserste Concentration des Geistes auf eine bestimmte Idee, wobei die Unbeweglichkeit der Augen nur den Index für die Concentration bildet. Andererseits fördern die asketischen Lebensgewohnheiten dieser Individuen sehr erheblich die Neigung zu ekstatischen Zuständen. Die Ekstase tritt spontan ein, und wenn auch der Wille einen gewissen Einfluss auf deren Entwicklung hat, sofern das Subject die für dieselbe günstigsten äusseren Verhältnisse herbeiführen kann, so spinnt sich der einmal begonnene Anfall doch von selbst weiter. Das Individuum ist aber in der Lage, den Verlauf des Anfalles durch einen reinen Willensact jederzeit zu unterbrechen; Einwirkungen von aussen haben dagegen wenig Einfluss auf den Zustand. Die Hypnose andererseits kann bekanntlich von dem Eingeschläferten nicht nach Belieben unterbrochen werden, und Einwirkungen von Seiten der Umgebung sind für die Gestaltung der hypnotischen Erscheinungen von grösster Bedeutung. Die Dauer des ekstatischen Anfalles schwankt von einigen Secunden bis zu mehreren Tagen, während der hypnotische Schlaf selten mehr als einige Stunden währt. Mit Recht betont R., dass die z. Th. lange Ausdehnung des ekstatischen Zustandes denselben von der Hypnose entschieden trennt, andererseits aber dem hysterischen Schlafe nähert, welcher sich bekanntlich über Wochen und Monate erstrecken kann. Die ekstatischen Brahmapriester sind nach R. pathologische Hallucinanten. Ihre Krankheit hängt mit ihrer Lebensweise und ihrer geistigen Dressur zusammen, und ihre Ekstaseanfälle unterscheiden sich in nichts von denjenigen, die man im Mittelalter als Folge des religiösen Fanatismus bei zahlreichen Personen beobachtete. Auch die Ekstase der Propheten und Apostel hat nichts mit Hypnose zu thun.

Den alten Turaniern, denen die Erfindung der Magie zugeschrieben wird, gehören die ersten Schriften an, die eine geschichtliche Spur jener dunklen Kunst aufweisen.

R. untersucht, worin diese Kunst bestand und welche Beziehungen zur Hypnose sie haben mag. Das Studium der betreffenden Schriftstücke ergiebt, dass die Magie von Weisen geübt wurde, welche die Functionen von Priestern, Exorcisten, Aerzten und Thaumaturgen in sich vereinigten. Es gab zwei Gattungen von Magiern: Beschwörer, Vertreter einer gutartigen Magie, und eigentliche Zauberer, die in Beziehungen zu den bösen Geistern stehen sollten. Beide Gruppen von Magiern schrieben sich das Vermögen zu, Kranke zu heilen mit Hilfe von Formeln, Beschwörungen und Tränken; bei Versagen dieser Mittel wurde eine Art Zauberstab, d. h. ein mit magischen Inschriften versehenes Stäbchen benützt, mit dem man den Kranken berührte.

Von besonderem Interesse ist der Umstand, dass die alten turanischen Priester sich dureh einen berauschenden Trank in eine Art alkoholischen Delirs versetzten, in welchem sie angeblich durch göttliche Eingebung zur Erkennung der Krankheiten befähigt sein sollten. Auch der Gebrauch von Talismanen zur Verhütung von Krankheiten ist auf die turanischen Magier zurückzuführen. Man hat gewisse Stellen im Zentavesta dahin gedeutet, dass die alten turanischen Priester schon Verbalsuggestion zum Behufe der Heilung von Kranken anwandten. R. wendet dagegen ein, dass die Suggestion in den betreffenden Fällen jedenfalls nur eine indirecte sein konnte, sofern die Worte, durch welche eine Heilwirkung ausgeübt werden sollte, nur in rituellen Sprüchen bestanden, welche der Priester nachsprechen liess.

Entschieden mehr der jetzt üblichen Verbalsuggestion (und dem seiner Zeit von Gassner geübten Verfahren) nähert sich das Vorgehen, zu welchem die altägyptischen Aerzte nach der Darstellung des Papyrus Ebers ihre Zuflucht nahmen, wenn die üblichen Arzneien versagten. „Lege ihm die Hand auf, um den Schmerz der Arme zu lindern und sage, dass der Schmerz schwinde“ etc.; folgt eine Beschwörungsformel. Wenn hier auch wohl das Hauptgewicht auf die letztere gelegt wurde und man durch das Handauflegen die Wirkung der Beschwörung localisiren wollte, so ist doch der Versuch, Schmerzen weg zu suggeriren, andererseits ganz unbestreitbar.

In Aegypten trug die Einwanderung von Negern und Asiaten gegen Ende des alten Reiches sehr wahrscheinlich dazu bei, den Glauben an die Künste der Magier zu befestigen und deren Verwerthung zu verallgemeinern. Die ägyptischen Aerzte mochten daher es bald ihrem Interesse förderlich finden, die magischen Kniffe ihrem Heilschatze einzuverleiben, und so sehen wir, dass bereits 3064 v. Chr. eine gute Verordnung sich aus zwei Theilen zusammensetzte: einem medicinischen Recepte und einer magischen Formel. Der Papyrus Ebers enthält eine Menge derartiger Beschwörungen. Der im alten Aegypten weit verbreitete Schlangencultus lässt die Existenz von Schlangenbeschwörern in diesem Lande nicht auffallend erscheinen. Von einigen Schriftstellern wurde angenommen, dass diese Gaukler zur Zähmung der Schlangen sich hypnotischer Proceduren bedienten und sohin gewisse Kenntnisse auf hypnotischem Gebiete sehr weit in's Alterthum zurück zu verfolgen seien. R. zeigt jedoch, dass die Praktiken der Schlangenbeschwörer ebensowenig als die der Magier und Priester einen Beweis für den Besitz von Kenntnissen auf dem Gebiete des Hypnotismus liefern. Er hält vielmehr dafür, dass diese Wissenschaft den ältesten Culturvölkern unbekannt war.

Auch in der ältesten griechischen Vorzeit wollte man Spuren einer Kenntniss magnetisirender Praktiken aufgefunden haben. Der Stab, dessen

sich Mercur nach Homer bedient, um die Augen der Sterblichen zu bezaubern, der Stab, mit welchem Minerva Ulysses in einen Greis verwandelte, sollen magnetisirt gewesen sein. Es verlohnt sich wohl nicht, bei derartigen Spitzfindigkeiten zu verweilen. Der Zustand, in welchen die Pythia durch die der heiligen Quelle entströmenden Dünste und das Kauen von Lorbeerblättern versetzt wurde, war keine Hypnose, sondern ein wohl entwickelter hysterischer Anfall (grande hysterie) — sofern das ganze Gebahren der Pythia nicht simulirt, d. h. Gaukelei war wie die ganze Orakelgewinnung. Einzelne wollten in der Verwerthung der Träume und in dem in Griechenland weit verbreiteten Usus, in Tempeln zu schlafen, um sich dadurch von Krankheiten zu befreien, eine Magnetisirungsprocedur finden. Die in Frage stehenden Vorgänge haben jedoch keinerlei Zusammenhang mit dem Hypnotismus. Speciell das Verfahren, wodurch den Heilung suchenden Tempelschläfern die gewünschten Träume verschafft wurden, beruhte mindestens z. Th. auf groben gauklerischen Kniffen seitens der Priester. Die Kranken wurden von diesen nicht eingeschläfert; der Schlaf musste sich bei ihnen, wenn er überhaupt kam und nicht blos simulirt wurde, spontan einstellen; auch das Erwachen erfolgte von selbst; überdies spricht der Umstand, dass die Kranken nach dem Erwachen ihrer Träume sich erinnerten, nicht sehr für hypnotischen Schlaf. Man liess die Kranken gegen Morgen, während sie sich noch im Halbschlafe befanden, Stimmen vernehmen, Stimmen, die von den Kranken dem Tempelgotte zugeschrieben wurden, die aber von den im Innern des Tempels verborgenen Priestern herrührten. Ja, diese nahmen bei der Leichtgläubigkeit des Volkes keinen Anstand, sich den Schläfern auch als Gott Asklepios verkleidet zu nahen. Natürlich war nicht minder Betrug im Spiele, wenn die Priester im Interesse Anderer im Traume göttliche Eingebungen erhalten zu haben behaupteten. Die Sibyllen der Römer waren hysterische Weiber wie die Pythia der Griechen und ihre Prophezeiungsanfälle hysterische Krisen; Hypnotismus war bei ihrem Treiben ebenfalls ganz und gar ausser Spiel. Dass die spontane Katalepsie und Lethargie den Alten schon bekannt waren, lässt sich nicht bezweifeln. Was dagegen den hypnotischen Schlaf betrifft, so wurde nach R. seine Existenz, wenn er zuweilen zu Stande kam, verkannt, und Niemand dachte daran, denselben willkürlich herbeizuführen. Wenn es demnach auch Hypnotisirte gab, so gab es doch keine Hypnotiseure, keine Personen, die die hypnogenen Proceduren kannten und zu guten oder schlimmen Zwecken zu verwerthen wussten.

Nicht ergiebiger als das Alterthum in Bezug auf den Nachweis einer Kenntniss hypnotischer Phänomene erweist sich die ganze neuere Aera von dem Anfang des Christenthums bis in die letzten Jahrhunderte. Der im Mittelalter herrschende grenzenlose Aberglaube förderte allerdings viele Thatsachen zu Tage, in denen suggestive Einflüsse sich geltend machten, so bei den Wunderkuren, die durch Gebete, Exorcismen, Reliquien und dergleichen zu Stande gebracht wurden, bei den Wirkungen, die man gewissen Zaubertränken und Amuletten zuschrieb. In den Berichten über die zahlreichen Epidemien von Hysterie und Hysterodämonopathie finden sich zwar häufige Hinweise auf das Vorkommen grosser hysterischer Anfälle, hysterisch-lethargischer und kataleptischer Zustände, auch wohl von spontanem Somnambulismus, aber nichts, was auf bewusste Hervorrufung einer Hypnose hindeutet.

Während von einer eigentlichen Kenntniss hypnotischer Erscheinungen

und der zu ihrer Herbeiführung nöthigen Proceduren noch lange keine Rede war, — eine solche verdanken wir erst dem Schüler Messmers Puységur — entwickelte sich allmälig, im Verlaufe mehrerer Jahrhunderte die Lehre vom thierischen Magnetismus zunächst aus den vom Mittelalter überlieferten spärlichen Kenntnissen über den mineralischen Magnetismus, dann aus gewissen philosophischen Speculationen über den Einfluss eines angenommenen kosmischen Magnetismus.

Peter Pomponazi (Mantua 1462—1521) verkündete, dass jeder Wunderakt in natürlicher Weise durch den wechselseitigen Einfluss sich erklären lasse, den die Sterne aufeinander und ebenso die Menschen ausüben; er meinte, es sei nicht schwieriger, an die Heilwirkungen der menschlichen Seele zu glauben, als an die der Kräuter und Pflaster. „Sie wirkt, indem sie den Körper beeinflusst per vapores transmissos, die mit seinen guten und schlechten Eigenschaften geschwängert sind.“

Nach Paracelsus sollte das Weltall von einem magnetischen Fluidum erfüllt sein, das befähigt ist, die mannigfaltigsten Veränderungen in allen Körpern hervorzubringen. Er gab auch die wechselseitige Einwirkung eines Individuums auf das andere zu: „Der Wille eines Menschen kann durch die Kraft seiner Anstrengung auf das geistige Wesen eines Anderen einwirken, mit demselben kämpfen und dasselbe seiner Gewalt unterwerfen.“ Dabei glaubte Paracelsus an die Möglichkeit, einen Menschen durch ein Wachsbildchen zu behexen, ohne dass dabei ein übernatürlicher Vorgang im Spiele zu sein brauche. Die Ideen des Hohenheimer Arztes fielen in Deutschland wenigstens auf fruchtbaren Boden. Gloscenius liess 1608 ein dickleibiges Werk über die magnetische Cur der Wunden erscheinen, nachdem er einige Jahre vorher eine Abhandlung über das magnetisch-fluidistische System veröffentlicht hatte.

van Helmont bezeichnete (1630) als Magnetismus den verborgenen Einfluss, den die Körper aus der Entfernung aufeinander ausüben durch Attraction oder Abstossung. Das Mittel oder Vehikel dieses Einflusses sollte ein ätherartiger Geist, das magnale magnum sein, das alle Körper durchdringt und die Massen der Säfte in Bewegung setzt.

Robert Fludd, ein anderer Adept der Paracelsischen Lehren, schrieb (1640) die magnetische Kraft den von dem Polarsterne ausgehenden Strahlen zu. Nach ihm sollte jeder Mensch seine Pole haben und zwei Personen bei Annäherung an einander wechselseitig eine anziehende oder abstossende Wirkung ausüben, je nachdem ihr Magnet positiv oder negativ ist. Diese Fludd'schen Ideen wurden von dem, insbesondere durch sein experimentum mirabile bekannt gewordenen Jesuitenpater Kircher bekämpft, der übrigens selbst ein entschiedener Anhänger der magnetisch-fluidistischen Theorie war; er war der Anschauung, dass alles Erschaffene durch ein von Gott ausgehendes magnetisches Band verknüpft sei und schilderte Gott als eine Art von Centralmagneten. Kircher hatte zahlreiche Experimente mit Magneten unternommen. Er unterschied diverse Arten von Magnetismus, den Magnetismus der Sonne, des Planeten, des Mondes, des Meeres u. s. w., auch einen Magnetismus der Thiere, den er zuerst als animalen Magnetismus bezeichnete. An den als Experimentum mirabile bekannten Versuch mit dem Huhne und dem Kreidestriche hat sich der Name Kircher's nicht mit vollem Rechte geknüpft, da das betreffende Experiment schon vor ihm von

Anderen ausgeführt wurde und in einem von Schwentner 1636 in Nürnberg herausgegebenen Buche beschrieben ist.

Es scheint, dass es zu Kircher's Zeiten wie heute Magnetiseure gab, die mit einer von ihrem Körper ausgehenden Kraft bei leichtgläubigen Personen scheinbare Wunderwirkungen zu Stande brachten. K. erkannte wohl, welche Rolle die erhöhte Suggestibilität gewisser Personen bei diesen Vorgängen spielt. „Nehmen wir," bemerkte er, „eine sehr nervöse Frau, welche ihr Magnetiseur überzeugt, dass er auf sie einen übernatürlichen Einfluss ausübe; ihre dergestalt wie durch einen Zauber captivirte Einbildungskraft wandert überall hin, wohin man sie leiten will. Befiehlt man ihr, dem Innern des Körpers sich zuzuwenden, so wird die Frau bei geschlossenen Augen sich einbilden, ihre Organe zu betrachten; sie beobachtet (belauscht) die geringsten Bewegungen, das unbedeutendste Ziehen ihrer Fasern . . . . Glaubt sie, ein Glas Wasser sei rectificirter Alkohol, so wird sie beim Trinken das Brennen am Gaumen empfinden . . . . sie kann sich auch umgekehrt unempfindlich für die rohesten Eindrücke zeigen, je nachdem ihre Einbildungskraft bearbeitet ist." Der Einfluss der Suggestion im Wachen ist hier gewiss treffend skizzirt.

Der Schotte Maxwell nahm ein universelles Lebensprincip an, dessen Centralherd die Sonne bilden sollte, und leitete alle Krankheiten von Verminderung oder Erschöpfung des Lebensgeistes ab. Der Magnetismus bildete für ihn das Universalheilmittel. Dabei entging ihm ebenfalls nicht, dass der Magnetismus auch missbraucht werden könne, namentlich bei Frauen, bei welchen der Magnetiseur sich leicht eine absolute Herrschaft über Herz und Verstand verschaffen kann. Auf die Heilkraft des animalischen Magnetismus wurden auch von verschiedenen Seiten die Wundercuren des Engländers Greatrakes und des schwäbischen Priesters Gassner zurückgeführt, die zu ihrer Zeit so viel Aufsehen erregten. Weder Greatrakes, der seine Curen durch einfache Berührungen zu Stande brachte, noch Gassner, der Exorcismen anwandte, um den die Krankheit verursachenden Teufel auszutreiben, scheinen eigentlich hypnotische Zustände hervorgerufen zu haben; ihre Heilerfolge sind lediglich Belege für die Wirksamkeit der Suggestion im Wachen bei Personen von grösserer Suggestibilität.

Wir begnügen uns, Regnier im geschichtlichen Theile seiner Arbeit bis hierher zu folgen. Die Geschichte des animalen Magnetismus und Hypnotismus von Messmer bis Braid und von Braid bis zur Gegenwart ist in verschiedenen Werken über Hypnotismus mehr oder minder ausführlich behandelt. — Die Darstellung R.'s, soweit sie die allmähliche Entwicklung unserer Kenntnisse der hypnotischen Phänomene von Messmer bis zur Gegenwart behandelt, enthält keine neuen Thatsachen von Belang und ist hinsichtlich der Beurtheilung der Arbeiten und therapeutischen Leistungen mancher unserer Zeitgenossen, speciell der Nancyer Forscher, durch den Standpunkt der Charcot'schen Schule, den R. theilt, entschieden beeinflusst. So klingt es fast etwas parteibefangen, wenn R. bezüglich der von Bernheim mitgetheilten therapeutischen Erfolge bemerkt, dass man in Frankreich solchen Heilberichten schwer Glauben schenke und dass die Hypnotherapie noch in mehrfacher Hinsicht von Misstrauen umgeben sei.

Regnier theilt am Schlusse seiner Arbeit die Ergebnisse von Untersuchungen mit, die er im Laboratorium von Richer über die Circulationsverhältnisse im Gehirn während der Hypnose anstellte. Das Verfahren,

dessen sich R. bediente, bestand in Aufnahme sphygmographischer Curven an der Carotis comm. zunächst im wachen Zustande des Versuchsindividuums, sodann nach erfolgter Einschläferung und nach dem Wiedererwachen. R. fand hierbei, dass während des hypnotischen Zustandes der Puls verlangsamt, die Anstiegslinie der Curve steiler, der Gipfel der Curve minder hoch und die Descensionslinie weniger ausgesprochen ist. Hieraus folgert R., dass die Hypnose eine Verlangsamung der Circulation i. e. Hyperämie im Gehirn herbeiführt. Eine indirecte Bestätigung dieser Ergebnisse findet R. in den Befunden, die Luys und Bacchi an den Augen Hypnotisirter constatirten. Diese Forscher beobachteten eine beträchtliche Hyperämie der Papille während der hypnotischen Katalepsie (minder deutlich während des Somnambulismus), worin R. ebenfalls ein Argument für das Vorhandensein einer Gehirncongestion während der Hypnose erblickt. Diese Congestion soll in gewissem Maasse die Erscheinungen der Hypnose, die Steigerung der Gehirnthätigkeit, die Verschärfung der Wahrnehmung etc. erklären, andererseits aber bei öfterer Einleitung der Hypnose eine Gefahr für die Integrität des Gehirns involviren. L. Löwenfeld.

---

584) **O. Rosenbach**: Studien über die Seekrankheit. Berlin 1891, August Hirschwald, 56 p. 8°.

Prof. Rosenbach hat in origineller Weise eine von Rabelais bis auf Beard so vielfach behandelte Erscheinung, wie die Seekrankheit, untersucht, und er ist zu plausibleren Resultaten, als seine Vorgänger, gekommen, wesentlich deswegen, weil er sich davon freigehalten hat, die Erscheinungen des Leidens aus einem einzigen Prinzip zu erklären, das seine Vorgänger bald in der Gleichgewichtsstörung, bald in einer Aenderung der statischen Verhältnisse in der Schädelkapsel, bald in mechanischen Störungen des Abdominalinhalts gesucht haben.

R. lässt die Bedeutung des, durch die Schwankungen des Schiffes bedingten Gefühls des gestörten Gleichgewichts gelten, sieht darin aber nicht die einzige Componente des in den Seekrankheiten dominirenden, eigenthümlichen Schwindelgefühls und sucht das Zustandekommen dieses Gefühls aufzuklären durch eine nähere Analyse gewisser Zustände bei anderweitig bedingten, passiven Bewegungen unseres Körpers, bei denen ein brüsker Uebergang aus einer Bewegungsrichtung in die entgegengesetzte oder in Ruhe stattfindet, und betont dabei besonders das eigenthümliche Unbehagen, das die Insassen eines Personenaufzugs empfinden, wenn dieser seine Bewegung plötzlich einstellt. R. kommt bei diesen Betrachtungen zu gewissen Hilfshypothesen; nach seiner Meinung liegt im Epigastrium „ein Mechanismus, der als Regulirungsapparat der Bewegung und des Gleichgewichts wirkt, und dem Gehirn von der Lage des Körpers etc. Kunde giebt.“ Die Entstehung dieser Empfindung nun im Epigastrium sucht R. in starken intramolecularen Erschütterungen und Erregungen, die jedesmal entstehen bei dem brüsken Uebergang des Körpers aus einer Schwingungsrichtung in die andere, so besonders beim Stillstehen eines am Ziel angelangten Lifts. Dass die vorliegende Abhandlung nicht eine erschöpfende Ableitung aller Erscheinungen der merkwürdigen Affection giebt, erklärt sich theils aus ihrem geringen Umfange, theils aus ihrer Methode, die nicht inductiv vorgeht, sondern im ersten Theil der Schrift kritisch die bisherigen Theorien der Krankheit

als unzutreffend oder unvollständig bekämpft, im zweiten eine andere Erklärung durch Analogisirung der Seekrankheit mit anderen abnormen passiven Bewegungen des Körpers zu gewinnen sucht.

R. scheint dem Ref. allerdings zu weit zu gehen in seiner Abweisung einer directen mechanischen Alteration der Hirnsubstanz durch die von der Schaukelbewegung abhängende Aenderung der Statik des Schädelinhalts. Wir können allerdings „unseren Kopf bei der Ausführung gymnastischer Uebungen nach allen Richtungen neigen", ohne dass der Seekrankheit ähnliche Folgen eintreten; es giebt aber keine gymnastischen Uebungen, durch die unser Körper wochenlang ununterbrochen 8—10 mal in der Minute 12—16 Fuss hoch gehoben wird, um von dieser Höhe plötzlich wieder herabzusinken, und dabei auch noch in transversaler Richtung hin und her geschwungen zu werden, ganz abgesehen von den aperiodischen Schwingungen, die den Seekranken bei unruhiger See so oft Extrasprünge machen lassen. — Nun ist freilich die Frage, inwieweit das Gehirn innerhalb der Schädelhöhle verschiebbar ist, heute nicht exact zu beantworten, jedenfalls würden auch geringe, 14 000 mal am Tage wiederholte Verschiebungen hinreichen, sich mit dem fatalen Schwindelgefühl zu recht fühlbaren Effecten zu verbinden. Entschieden wird man R. darin zustimmen müssen, dass etwaige durch Centrifugalkraft bedingte, auf die Blutcirculation im Schädel wirkende Einflüsse kaum in Frage kommen. Ref. möchte bezüglich der Möglichkeit centrifugaler Einwirkungen betonen, dass der Weg, den jeder Theil unseres Körpers bei halbwegs ruhiger See durch das Stampfen eines unserer modernen, grossen Dampfer zurückzulegen gezwungen wird, einen Theil einer Cycloide bildet, deren Tangenten fast parallel der horizontalen Bewegungsrichtung des Schiffes liegen; die Richtung der tangential wirkenden Beschleunigung (Centrifugalkraft) weicht somit nicht wesentlich von der ab, die der Gesammtkörper erfährt. Eine eingehende mathematische Behandlung der passiven Bewegungen des Seefahrenden und eine genaue Untersuchung der mechanischen Verhältnisse des Schädelinhalts würde die Voraussetzung einer eingehenden Würdigung der Frage nach der directen mechanischen Erregung des Gehirns auf See sein.

Nach seinen eignen, an mehreren tausend Fällen gemachten Beobachtungen über Seekrankheit muss Ref. der Annahme molecularer Veränderungen, die R. so geistreich begründet, durchaus zustimmen. Auf transatlantischen Reisen, die bei spiegelglatter See verliefen, hat er bei Leuten, die fast nie den mittleren, am Stampfen des Schiffs kaum participirenden Theil desselben verliessen, bestimmte nervöse Erscheinungen auftreten sehen, die auf minimale Aenderungen der Nervenfunction deuten; ganz besonders häufig sah er unter diesen Umständen bei an den anregenden Einfluss von Tabak und Kaffee gewöhnten Personen dieses Bedürfniss schwinden oder in Widerwillen umschlagen, daneben zeigte sich constant, bei allen näher beobachteten, eine Steigerung der affectiven, eine Herabsetzung der intellectuellen Erregbarkeit, und eine gewisse erotische Erregbarkeit, deren ganzes Bild, besonders die Steigerung des Cremasterreflexes, die hartnäckige Erection, auf einen Wegfall cerebraler Hemmung hindeutete; in einem Falle, wo diese Erscheinungen bei ruhiger See sehr deutlich hervortraten, führte ein kurz dauernder Cyclon zu einem, dem ersten, epileptischen Anfall, dem erst nach einigen Stunden das voll entwickelte Bild der typischen Seekrankheit folgte.

R.'s Arbeit führt diese molecularen Störungen unserm Verständniss näher; es liegt nahe genug, hier eine Verwandtschaft mit dem Geotropismus der

Pflanzen zu vermuthen, dessen Vorkommen bei thierischen Organismen die neuesten Untersuchungen von Loeb zur Evidenz nachgewiesen haben.

Kurella.

---

585) **Whitmer** (Washington): Geisteskrankheit bei der farbigen Rasse in den Vereinigten Staaten. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1891, Heft 5.)

Das Resumé über die Geschichte der Geisteskrankheiten bei der farbigen Rasse umfasst eine Periode von 30 Jahren. Während zu Beginn dieser Periode die Frage keine Beachtung fand, entspricht jetzt das Verhältniss der Zahl der Geisteskranken zu der Gesammtzahl bei den Farbigen annähernd dem bei den Weissen; d. i. nach der Zählung von 1880 1 : 500.

Als Gründe für das gewaltige Anwachsen der Geisteskrankheiten unter der farbigen Rasse führt Verf. eine ganze Reihe an: die aufregenden Zeiten, die unregelmässige Lebensweise, die neuen ungewohnten Forderungen, die ihre Emancipation an sie stellte, das freie Leben und die fortschreitende Civilisation. Eine Tabelle über die verschiedenen Formen der Geisteskrankheiten zeigt, dass die Rasse keine Immunität gegen die gewöhnlichen Irrsinnstypen besitzt und dass die Manie weit die erste Stelle vor jeder andern Form einnimmt.

Ascher.

---

586) **Bechterew** (Kasan): Klassifikazia duschewnych bolesniéj. (Die Classification der Psychosen.) Kasan, Universitäts-Druckerei. 60 p., gr.-8°, 1891.

Die Stärke dieses aus B.'s Vorlesungen stammenden Versuchs liegt, wie bei so vielen vorausgegangenen Classificationen, mehr in der Kritik der früheren Systeme, von denen B. eine stattliche Reihe, bis auf den alten Plater herab, bespricht, als in der positiven Leistung. Da wir indessen dem interessanten, dem modernen Standpunkt der Psychiatrie durchaus gemässen System kein besseres entgegenzustellen wissen, wollen wir dasselbe ohne kritische Ausstellungen einfach dem Urtheil unsrer des Russischen unkundigen Leser hier vorführen, wobei wir betonen, dass das moderne Bedürfniss, die degenerativen Zustände als ein Gebiet für sich zu behandeln, bei B. vollstes Verständniss findet.

*I. Gewöhnliche Psychosen* (Psycho-Neurosen).

1) Melancholie. 2) Manie. 3) Acute Demenz (ohne Stupor). 4) Acute Amenz (hallucinator. Verwirrtheit). 5) Period. Formen der Manie, Melancholie und der Amentia.

*II. Schwere Psychosen* (Cerebropsychosen).

1) Melancholie mit Stupor. 2) Furor. 3) Acute Demenz mit Stupor. 4) Delirium acutum. 5) Katatonische Verwirrtheit und periodisches Auftreten stuporöser Zustände.

*III. Degenerative Psychosen.*

A) Degenerative Psycho-Neurasthenie (sogen. psycho-path. Zustände).

1) Gewöhnl. Psycho-Neurasthenieen. a) Depressive Form (melancholische, hypochondrische). b) Elative („gordeliwaja") Form (Graphomanie, Rabulistik). 2) Impulsive Psycho-Neurasthenie. a) Zwangs-Vorstellungen. 3) Maladie du doute. 4) Grübelsucht. 5) Pathophobie. 6) Emotive Psycho-Neurasthenie. a) Sexuelle. b) Moralische.

B) Degenerative Psychosen.

1) Degenerative Melancholie (Depressive Folie raisonnante). 2) Degenerative Manie (Manische Folie raisonnante). 3) Circuläre Psychosen. 4) Paranoia. a) Verfolgungswahn. b) Grössenwahn oder expansive Verrücktheit. 5) Originäre Verrücktheit. 6) Hebephrenie.

*IV. Neuropathische Psychosen.*

A) Epileptische Formen.

1) Epilept. Melancholie. 2) Epilept. Manie. 3) Hallucinator. Delir. der Epileptiker. 4) Epileptischer Schwachsinn. 5) Epilept. Somnambulismus. 6) Chronische epilept. Verrücktheit.

B) Hysterische Formen.

1) Hyster. Melancholie. 2) Hyster. Manie. 3) Hyster. hallucinator. Delir. 4) Hyster. Attonität oder Stupor. 5) Hyster. Somnambulismus. 6) Chronischer hyster. Wahnsinn.

C) Andere Formen neuropathischer Psychosen, wie: Neurasthenische Geistesstörung, choreatische, neuralg. Psychosen u. s. w.

*V. Toxische Psychosen.*

A) Alcoholische Formen.

1) Trunksucht (chronischer Alcoholismus). 2) Alcohol. Melancholie. 3) Alcohol. Manie. 4) Delirium tremens. 5) Chronischer hallucinator. Wahnsinn der Trinker. 6) Primäre Verrücktheit der Alcoholischen. 7) Paralytischer Blödsinn der Alcoholischen (sogen. Pseudoparalyse). 8) Period. Psychosen der Alcoholischen (z. B. Dipsomanie).

B) Aehnliche Formen auf dem Boden von das centrale Nervensystem betreffenden Giften.

*VI. Organische Psychosen.*

1) Syphilis des Gehirns u. seiner Häute. 2) Progr. Paralyse der Irren. 3) Dementia e Laesione cerebri organica. 4) Seniler Blödsinn. 5) Secundäre Demenz nach verschiedenen Psychosen.

*VII. Zustände psychischer Unentwicklung.*

1) Gewöhnl. Idiotie, mit Einschluss der Mikrocephalie. 2) Kretinische Idiotie. 3) Hydrocephal. Idiotie. 4) Epilept. Idiotie. 5) Cerebropath. Idiotie. 6) Idiotie in Folge von Defecten der Sinnesorgane. Kurella.

---

587) **Ed. Grabe**: Untersuchungen über die Verdauungsthätigkeit des Magens bei Geisteskranken. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1891, Nr. 30.)

G. untersuchte zwölf Patienten der Dorpater psychiatrischen Klinik: fünf Fälle von Dem. paralytica, vier Fälle Manie, einen Fall Myxödem mit Schwachsinn, einen Fall katatonischen Wahnsinn und einen Fall Dementia sec. Bei keinem einzigen der Fälle fand sich eine Herabsetzung der verdauenden Function des Magens. Bei den maniakalischen Zuständen war die HCl-Production eine abnorm starke, bei den Paralytikern war ihr Verhalten unregelmässig, bald normal, bald erhöht. Abnorme Gährungen wurden nicht gefunden. Die Motilität des Magens war bei Manie und bei Dem. paral. gesteigert. Auch bei den übrigen Fällen wurde ein frühzeitiges Leerwerden des Magens constatirt. Im Ganzen also Uebereinstimmung mit den Resultaten

von Leubuscher und Ziehen, deren grössere Untersuchungsreihe (Neurol. Centralbl. 1891, Nr. 9) G. erst beim Abschluss seiner Arbeit bekannt wurde.

Mercklin.

---

588) **Ladame**: Erythropsie (vue rouge) dans la paralysie générale. Extrait des comptes rendus du congrès de Médecine mentale tenu à Paris du 5 au 10 août 1889. Melun, 1891.

Verf. bespricht ausführlich einen Fall von Dementia paralytica im Anfangsstadium. Während Schneewetters trat bei dem Kranken plötzlich Erythropsie derart auf, dass alle Gegenstände mit linsenförmigen erhabenen rothen Flecken überzogen waren. Die Gesichter seiner Angehörigen und Bekannten wurden ihm dadurch völlig unkenntlich, und der Kranke, der für seine Sehkraft fürchtete, gerieth dadurch in nicht geringe Erregung. Die ophthalmologische und perimetrische Untersuchung ergab durchaus normale Verhältnisse.

Durch die Benutzung einer blauen Brille verschwand die Erythropsie vollständig und blieb auch verschwunden, als der Kranke nach einigen Tagen die Brille für immer ablegte.

Bald darauf stellten sich Grössenideen ein; der Kranke musste in eine Anstalt gebracht werden und starb nach einigen Wochen, tobsüchtig, an Erschöpfung.

Verf. macht auf den Unterschied zwischen der Erythropsie seines Paralytikers und derjenigen aufmerksam, welche bisweilen nach Katarakt-Operationen beobachtet worden ist. Im ersten Fall linsenförmige rothe Flecken, enge (punktförmige) Pupillen, keine Lichtempfindlichkeit; im letzteren Fall rothe Farbe im ganzen Gesichtsfeld, weite Pupillen, hochgradige Lichtempfindlichkeit. Für beide Arten nimmt Verf. den Einfluss greller Beleuchtung an. Die Erythropsie nach heftiger Gemüthserregung, nach hysterischen und epileptischen Anfällen ist ebenso, wie im vorliegenden Fall als Reizung der corticalen Sehcentren aufzufassen. Verf. ist der Ansicht, dass die Erythropsie bei Paralytikern häufiger ist, als sie scheint, dass sie aber bei der Gleichgültigkeit der Kranken meist nicht zur Beobachtung kommt.

Ofterdinger (Rellingen).

---

589) **G. Morselli**: Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia, due forme non ancora descritte di pazzia.

(Bolletino della R. Accademia Medica di Genova. Bd. VI.)

Die Dysmorphophobie besteht darin, dass bei dem Kranken eine Vorstellung der eigenen Hässlichkeit, Widerlichkeit, plötzlich auftaucht und sich festnistet. Der Patient fürchtet, ein abschreckendes Aeussere zu haben oder zu bekommen, und diese Vorstellung verursacht ihm unbeschreibliche Angst. Die zweite Krankheitsform, welche der Autor mit dem Namen „Tafephobie“ bezeichnet hat, besteht darin, dass der gelegentliche Gedanke an die Möglichkeit, bei herannahendem Tode lebendig begraben zu werden, sich festsetzt und dem Kranken die quälendste Angst verursacht. M. führt mehrere hierher gehörende Fälle an und weist nach, dass diese neuen Krankheitsformen alle charakteristischen Merkmale der rudimentären Paranoia zeigen.

S. Ottolenghi.

---

590) **A. Mercklin**: Ueber die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. (Separatabdruck aus Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 48.)

Die Abhandlung ist umfassender und berücksichtigt mehr Gesichtspunkte, als der Titel annehmen lässt, indem der Verf. an der Hand der einschlägigen Literatur und eines reichen Beobachtungsmaterials auch das Vorkommen und die Bedeutung von Zwangsvorstellungen bei Neurasthenikern und andern Nervenkranken, sowie ihren Ausgang in andere Psychosen als Paranoia einer eingehenden Besprechung unterzieht.

Verf. fasst Zwangsvorstellungen in dem engeren, von Westphal streng vorgezeichneten Sinne auf; ebenso versteht er unter Paranoia das chronische, unheilbare, durch Schwäche der Kritik und Systematisirung der Wahnideen charakterisirte Krankheitsbild.

Die Zwangsvorstellungen treten bei Neurasthenie und Hysterie oft episodisch auf und zeigen sich hier in der leichten Form. Die schwerere Form ist das Irresein durch Zwangsvorstellungen; die Kranken kommen in diesen Fällen wegen der unerträglichen Lästigkeit ihrer Zwangsvorstellungen zum Arzt.

Diese Form kann heilen; Intermissionen und Remissionen sind aber häufiger. Die gute bezw. relativ günstige Prognose trifft aber in einer Reihe von Fällen nicht zu, indem sich hier chronische Zustände und die von Legrand du Saulle geschilderten Ausgangsstadien entwickeln können. Ein grosser Theil der schweren ungünstig verlaufenden Fälle verliert sich meist unbeobachtet im Privatleben, indem Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen sich immer mehr fixiren, ohne dass anderweitige pathologische Elemente dazu treten. Ein anderer Theil führt zu Melancholie und hallucinatorischem Wahnsinn.

Selten ist der Uebergang in typische Paranoia zu beobachten; dagegen entwickelt sich öfter ein Krankheitsbild, dass mit der Paranoia eine unleugbare Aehnlichkeit besitzt, aber es fehlt hier die der typischen Paranoia eigenthümliche, productive, auf von vornherein bestehender Kritikschwäche gestützte Wahnbildung und Systematisirung; ferner ist hier die Krankheitseinsicht nie gänzlich ausgelöscht.

Verf. glaubt nicht, dass die Wahnvorstellungen bei Beginn der typischen Paranoia häufig aus Zwangsvorstellungen entspringen. Allerdings giebt es hier mitunter Vorstellungsanomalien, die an Zwangsvorstellungen erinnern, die man aber nicht mit ihnen identificiren darf. Es handelt sich in diesen Fällen um eine Vorstellungsanomalie, die zwischen Zwangsvorstellungen und fixen Wahnvorstellungen in der Mitte steht: es sind primär auftauchende Wahnvorstellungen, die später noch einer Prüfung und Correctur unterzogen werden können und nicht gleich in fixe Wahnvorstellungen übergehen. Verf. möchte hierfür den Namen „mobile Wahnvorstellungen“ vorschlagen.

Wären echte Zwangsvorstellungen im Anfang der Paranoia häufig, so müsste, da solche ja stets als krankhaft empfunden werden und den Kranken oft zum Arzte führen, beginnende Paranoia öfters Gegenstand psychiatrischer Beobachtung sein. In einzelnen Fällen combiniren sich bei ausgebildeter Paranoia die bestehenden Wahnideen mit Zwangsvorstellungen; Uebergänge dieser in erstere hat Verf. hierbei nicht beobachten können.

Eichberg. Feist.

591) **Rosenbach** (Warschau): Contribution à l'étude de quelques formes aiguës d'alienation mentale et de leurs rapports avec la paranoia.

(Annal. méd.-psychol. 1891, H. 1 u. 2.)

Verf. giebt zunächst einen historischen Ueberblick der Anschauungen über die Paranoia und über die acuten Formen der Geisteskrankheiten. Die alte Ansicht Griesinger's, nach welcher jede Geistesstörung ein chronischer Process sei, der nach bestimmten Gesetzen bestimmte Phasen durchläuft und im Falle des Nichtheilens in secundäre Demenz übergeht, wurde von Snell, Westphal u. A. verlassen. Während man einerseits die Paranoia als selbständige Krankheit ansah und durch exacte klinische Studien bestrebt war, ihr Gebiet scharf zu umgrenzen, indem man besonders viele Fälle, welche bisher zur Melancholie und Manie gerechnet wurden, in ihr Bereich zog, strebte man andererseits, und zwar besonders in neuerer Zeit darnach, die acuten Geisteskrankheiten als unabhängige Formen der Geistesstörung anzuerkennen. Wenn nun auch bis heute die Ansichten noch nicht übereinstimmen, so ist doch eine strenge Scheidung der degenerativen Form der Geistesstörung (Paranoia) von den Psychoneurosen, als von den meisten Autoren anerkannt, erlaubt.

Ein besonderes Interesse verdient nach Ansicht des Verf. eine acute Form der Seelenstörung, welche wegen ihrer vielen Beziehungen zur Paranoia lange Zeit die Ansichten verwirrte; es ist dies die von Westphal als acute Paranoia (von Anderen als primäres acutes Delir, hallucinatorische Verwirrtheit, hallucinatorischer Wahnsinn, délire d'emblée, delusional stupor) benannte Seelenstörung. Charakteristisch für diese Form ist das plötzliche Auftreten massenhafter Hallucinationen und Wahnideen (bes. Verfolgungsideen), meist verbunden mit motorischer Erregung und völliger Verwirrtheit der Patienten. Die Krankheit heilt meist; im Falle des Nichtheilens geht sie in allgemeine Verrücktheit über, und gerade dadurch, sowie durch das Fehlen des Systems in den Wahnvorstellungen, unterscheidet sie sich von der Paranoia chronica, obgleich sonst viele Aehnlichkeiten unverkennbar sind. Zu dieser Form, welche Krafft-Ebing als „Wahnsinn" bezeichnet, rechnet Verf. auch die „asthenischen Psychosen" Kräpelin's, welche nach Intoxicationen und fieberhaften Krankheiten aufzutreten pflegen. Verf. bringt sieben Krankheitsgeschichten:

Charakteristisch für alle Fälle ist: meist hereditäre Anlage; als ätiologisches Moment figurirten: Excesse aller Art, Anämie, Fieber, Wochenbett. Bei Allen finden wir plötzlichen Beginn der Krankheitssymptome, zahllose Wahnideen persecutorischen, hypochondrischen, melancholischen Inhalts ohne jeden Zusammenhang und völlige Verwirrtheit. Das Auftreten der Erscheinungen ist mitunter paroxysmenartig; meist tritt Heilung ein.

Verf. schlägt den Namen folie générale vor. In Uebereinstimmung mit den meisten Autoren zählt er diese zu den Psychoneurosen und will sie streng von der degenerativen Form der Geistesstörung, von der Paranoia (chronica) geschieden wissen, wesshalb er den Namen Paranoia acuta perhorrescirt.

Lehmann (Dalldorf).

592) **Weitzel**: Twee Keizers (Peter III. und Paul I. von Russland).

(Psychiatr. Bladen 1891, Bd. IX, H. 1.)

Interessante Charakterbilder Peters III. und seines Sohnes Pauls, bei beiden ziemlich congruente Züge erblicher Degeneration. Bemerkenswerth ist bei beiden Kaisern die Neigung, in allen Einzelheiten des militärischen Drills zu reglementiren. Das Interesse des anscheinend nicht von einem Arzte geschriebenen Artikels liegt in anekdotenhaften Einzelheiten.

Kurella.

---

593) **Buringh Boekhoudt** (Utrecht): Periodieke hallucinatoire waanzin. (Periodischer hallucinatorischer Wahnsinn.)

(Psychiatr. Bladen 1891, Bd. IX, H. 2.)

Eine jetzt 47jährige Frau, Barbara X, ist zum ersten Male 1874, zum dritten Male 1887 in Utrecht aufgenommen worden. Verf. lässt es dahingestellt, ob sie früher an Melancholie oder Paranoia gelitten hat, und ob der jetzt bestehende Zustand psychischer Schwäche als Bestandtheil „secundären Wahnsinns“ oder als Endstadium einer Paranoia anzusehen ist. Patientin verbringt ihre Zeit meist in dolce far niente, gelegentlich ist sie in Gedanken versunken, und giebt dann an, an „ihren Grafen“ zu denken, der sie heirathen will und 45 Wagen mit Kostbarkeiten für sie in die Anstalt geschickt hat.

Dieser seit zwei bis drei Jahren gleichmässig bestehende Zustand zeigte Anfang Juni 1890 plötzlich periodisch auftretende Zustände ängstlicher Erregung, die des Abends einsetzten, 36 Stunden dauerten, und nach drei Tagen vollkommener Intermission, mit Rückkehr in den altgewohnten Zustand, am vierten Tage wieder auftraten, um einander mit „photographischer“ Treue zu gleichen. Diese Anfälle kehrten bis Ende November 1890 wieder, es trat dann der frühere Zustand ein; am 27. Januar 1891 kam ein neuer Angstanfall, vom Typus der früheren, der sich seitdem, bis zum Sommer dieses Jahres, nicht mehr wiederholt hat.

Der Anfall begann jedesmal in den Abendstunden zwischen 5 und 7 Uhr mit Pulsbeschleunigung, Injection der Conjunctiven und Röthung der Gesichtshaut. Anfangs bestanden jedesmal einige Stunden die objectiven Erscheinungen von schreckhaften Hallucinationen, ohne dass dahin gehende Fragen beantwortet wurden; dann kamen andere Erscheinungen. Patientin fing an, unter zunehmender Angst zu jammern: „Nein, ich bin nicht Barbara, was hier steht, ist nichts, es ist ein Vieh, ist nur ein verdorbenes Stück Fleisch.“ Am andern Morgen war Patientin gleich ängstlich, masturbirte, blieb dabei, dass sie nicht die Barbara wäre. „Der Barbara sind alle Sachen weggenommen worden, die muss nun elend umkommen und nackt auf der Strasse laufen. Sie hat 45 Wagen voll Kostbarkeiten vom Grafen bekommen, Jammer, dass sie ihn nicht geheirathet hat, was wäre sie für eine prächtige Gräfin geworden.“ Zugleich bestanden Gehörshallucinationen: Patientin hörte das Geschrei ihrer gemarterten Brüder.

Nach Ablauf der 36 Stunden erinnerte sich Patientin des Durchlebten, erzählte, dass sie sich „een stinkend stuk vleesch“ hatte schimpfen hören.

B. ist geneigt, auf Grund der in den Anfällen auftretenden hypochondrischen Wahnideen und der gleichzeitigen Metamorphose der Persönlichkeit

diese Anfälle als „periodischen hallucinatorischen Wahnsinn", im Unterschiede von hallucinatorischer Verwirrtheit, zu bezeichnen. Kurella.

---

594) **Lombroso, Grimaldi e Ardù**: Inchiesta sulla trasmissione del pensiero. (Untersuchungen über Gedankenübertragung.)
(Arch. di Psich. e sc. pen., Bd. XI, Nr. 1—2.)

Lombroso hat vermittelst einer öffentlichen Enquête über Gedankenübertragung 17 Aussagen erhalten, von denen 11 von competenten Personen ausgehen. In vier Fällen handelt es sich um complete, in fünf Fällen um partielle Gedankenübertragung; in einem Fall um Sehen in die Ferne, in sechs Fällen um Telepathie.

L. hat, gemeinsam mit den Doctoren Zerboglio, Albertotti, Boncoroni und Ottolenghi, Untersuchungen an normalen, nervösen Personen angestellt, aus denen hervorgeht, dass man bei dem Versuch der Uebertragung rudimentärer Gedanken an positiven Resultaten die beträchtlichen Zahlen von 12 % bis 4 % erhält. — Es folgt darauf die Geschichte eines Einzelfalles, sowie zahlreiche Erfahrungen L.'s an einem gewissen Regis, der unter dem Einfluss von grossen Mengen Alkohol Gedanken zu lesen vermochte, ferner die Geschichte eines Falles von Grimaldi, in dem es sich um ein hochgradig hysterisches Individuum handelt, das thatsächlich im Stande war, von Andern gedachte, ausgesprochene oder geschriebene Gedanken zu errathen. Den Schluss bilden einige Worte über einen Pseudo-Gedankenleser (Falgui), der hypnotisirbar, aber nicht fähig ist, Gedanken zu lesen, und der durch geschickte Vorspiegelung dieser Fähigkeit seine Zuhörer betrügt. S. Ottolenghi.

---

595) **van Walsem** (Meerenberg): Indiceert puerperaal-psychose het voorkomen van conceptie? (Ist Puerperalpsychose eine Indication der Verhinderung der Conception?). (Psychiatr. Bladen 1890, Bd. VIII, H. 3, p. 179.)

W. stellt die Frage auf, ob man eine von einer Puerperalpsychose wiederhergestellte Frau vor der Conception schützen soll, und macht ihre Beantwortung abhängig von der der Vorfrage: Was ist bei Puerperalpsychose die Prognose quoad recidivum, und für das Recidiv die Prognose quoad restitutionem in integrum. Von diesem Gesichtspunkt aus untersucht er das Meerenberger Material aus den Jahren 1874—1889, 45 Fälle. 35 davon genasen, davon wurde nur ein Fall zum zweiten Mal mit Puerperalmanie aufgenommen und wieder geheilt entlassen; in drei Fällen trat ausserhalb des Puerperiums noch je ein Anfall acuter Manie auf, der geheilt wurde. Von den zehn restirenden Fällen ging einer in Paralyse über, eine zweite Patientin starb an Phthise, zwei wurden gebessert entlassen und kamen nicht mehr zur Aufnahme, sechs, von denen fünf zum ersten Mal erkrankt waren, gingen in einen chronischen unheilbaren Zustand über.

Auf Grund der neueren Untersuchungen (Hansen u. A.) kommt W. zu dem Resultat, dass die Prophylaxe der Puerperalpsychosen nicht in der Verhinderung der Conception, sondern in der des Bakterienimports in den puerperalen Uterus ihr Mittel findet. Kurella.

---

596) **Celso Sighicelli** (Mailand): Alcune note sull' azione della ioscina.
(Il Manicomio moderno 1890, Heft 1 u. 2.)

Wegen der nicht selten in der Literatur erwähnten alarmirenden Symptome, die nach subcutaner Injection von grösseren Hyoscindosen eintreten könnten, unternahm S. eine genauere Prüfung der Frage, welchen Einfluss das Hyoscin in Dosen von $^1/_4$ bis 1 mmg subcutan injicirt auf das menschliche Herz habe. Dabei fand er, dass eine Reihe von Individuen auf die genannten Dosen gar nicht reagirt. Bei der Mehrzahl der Fälle macht sich schon einige Minuten nach der Einführung des Hyoscins eine deutliche Wirkung auf das Herz geltend. Zunächst wird der Puls für eine kurze Zeit seltener in Folge einer beträchtlichen Verlängerung der Herzdiastole (so fiel in einem Falle der Puls von 90 auf 62 Schläge in der Minute). In den meisten Fällen wird die systolische Linie der sphygmographischen Curve beträchtlich niedriger, der Puls also kleiner; demnach gehört das Hyoscin zu den Substanzen, denen eine deutliche herzlähmende Wirkung zukommt. In Folge dessen ist der Gebrauch des Hyoscins gänzlich zu vermeiden bei allen den Individuen, welche an irgend welchen organischen Herzkrankheiten leiden, die eine Hyposystolie zur Folge haben.

Köln. Strauscheid.

---

597) **Ferri**: Il tipo criminale e la natura della delinquenza. (Der Verbrechertypus und die Natur der Criminalität.)
(Arch. di Psich. e Sc. pen., Vol. XII, Heft 3—4.)

Bei der Diagnose des Verbrechertypus ist nach Ansicht Ferri's die Physiognomie das Maassgebende, da sie den Verbrecher von andern Degenerirten — mit denen er Anomalien des Schädels und des Skeletts gemeinsam hat — unterscheidet. Am häufigsten findet man den Verbrechertypus bei geborenen Mördern (fast 100 %), am seltensten bei einfachen, nicht rückfälligen Gelegenheitsdieben. Der Verf. kommt, nach einer kritischen Prüfung der von verschiedenen Autoren über diesen Gegenstand aufgestellten Theorien, zu dem Schluss, dass die eigentliche angeborene Criminalität eine specifische Form biologischer Anomalien ist, die sich von jeder anderen Form pathologischer oder degenerativer Anomalien unterscheidet, und die gerade das concrete Verbrechen bestimmt, wenn sie sich unter physischen und socialen Bedingungen findet, die der individuellen Disposition Gelegenheit und Mittel bieten, sich in That umzusetzen. F. glaubt daher die Criminalität als „criminelle Neurose" oder mit Virgilio als eine Form von „psychischer Teratologie" bezeichnen zu müssen, mit der sich allerdings die charakteristischen Merkmale des Atavismus und der Entwicklungshemmung, der Neurasthenie oder der Degeneration mehr oder weniger associiren, die aber doch den specifischen Factor bildet, der ein Individuum mit bestimmten biologischen Merkmalen und unter bestimmten socialen und physischen Bedingungen zum Verbrecher stempelt. — Die Criminalität hat daher einen biologischen, physischen und socialen Ursprung. Bei jedem Verbrecher und bei jedem Verbrechen ist das Zusammenwirken dieser drei Classen criminogener Ursachen und die vorherrschende Ursache eine andere.

S. Ottolenghi.

---

598) **Alb. Giovanni**: Confronto delle anomalie craniche e facciali dei pazzi e dei sordo-muti con quelle dei sani.

(Annali di freniatria, Maggio 1890, Fasc. II.)

An der Hand genauer tabellarisch geordneter Untersuchungen der Schädel- und Gesichtsanomalien an Irren, Taubstummen und Gesunden kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Degenerationspsychosen weisen die meisten Anomalien am Schädel und Gesicht auf.

2) Eine Schädelanomalie, besonders wenn sie sich mit einer Anomalie im Gesichte vereint findet bei einem geistesgestörten Individuum, hat immer einen diagnostischen Werth, der in den nosographischen Beziehungen der Geisteskrankheiten wohl zu beachten ist.

3) Den hohen Procentsatz von den genannten Anomalien, die der Verf. bei pellagrinöser Geistesstörung findet, erklärt er durch bestehende hereditäre Prädisposition zu Psychosen bei den beobachteten Individuen.

4) Bei nur einem Drittel der Taubstummen findet Verf. die Krankheit angeboren.

5) Die angeborene und die erworbene Taubstummheit geben fast keinen Unterschied in der Häufigkeit der in Rede stehenden Anomalie.

6) Bei Irren überwiegen die Zahl der Gesichtsanomalien stets die Schädelanomalien; bei Taubstummen findet das umgekehrte Verhältniss statt.

7) Der Taubstumme ist ein unvollkommenes Wesen, dessen Zurechnungsfähigkeit zum mindesten herabgesetzt ist, wie hoch auch immer der Grad der Erziehung und der Unterweisung sei.

8) Der Schädelindex zeigt, dass im Durchschnitt die Brachycephalie bei Taubstummen stärker ausgeprägt ist als bei Gesunden. Feist.

---

599) **Lombroso**: Tatto e tipo degenerativo in donne normali, criminali e alienate. (Tastsinn und Degenerationszeichen bei normalen, verbrecherischen und irren Frauen.)

(Arch. d. Psich., Science penale ed Antropologia Criminale 1891, Vol. XII, H. 1 u. 2.)

Tastsinn. — L. hat den Tastsinn bei 100 Frauen untersucht, die bis dahin nicht bestraft waren und an keinen psychischen Störungen gelitten hatten. Er fand die tactile Sensibilität bei Frauen im Allgemeinen wenig fein; wirkliche Stumpfheit ist weniger häufig (16 %) bei Frauen ohne Degenerationszeichen; am häufigsten (75 %) bei denen mit Verbrechertypus. Bei den gebildeten Frauen ist die Stumpfheit weniger ausgesprochen, als bei denen aus dem Volke (2,6 mm).

Für die erwachsene männliche Bevölkerung Italiens ist der Durchschnitt 1,7 mm, also feiner als beim weiblichen Geschlecht.

Bei verbrecherischen Frauen fand der Verf. die tactile Sensibilität mehr herabgesetzt als bei männlichen Verbrechern. Bei den Frauen mit ausgesprochenem Verbrechertypus, bei Prostituirten, Diebinnen und zum Theil auch bei Kindesmörderinnen fand er eine grössere Stumpfheit als bei Gelegenheitsverbrecherinnen.

Unter den Irren ist die Stumpfheit bei den Männern erheblicher als bei den Frauen.

Die Schmerzempfindlichkeit hat L. mit dem Erb'schen Apparat unter-

sucht; auch in diesem Punkte weisen die Frauen eine grössere Stumpfheit auf als die Männer; die allgemeine Sensibilität wurde mit Du Bois-Reymond's Schlitten untersucht, und der Unterschied zwischen Frauen, Männern und Verbrechern gering gefunden. Die Schmerzempfindlichkeit ist dagegen bei Verbrecherinnen und Prostituirten im Gegensatz zu den Nichtverbrechern, besonders den jugendlichen, am meisten herabgesetzt.

S. Ottolenghi.

---

600) **Ankersmit** und **van Deventer** (Amsterdam): Eeen forensisch geval van zedelijke krankzinnigheid. (Ein forensischer Fall von moral insanity.)
(Psychiatr. Bladen 1891, Bd. IX, Heft 2.)

Ein 27jähriges Mädchen, gravida und ganz mittellos, bricht bei ihrer Nachbarin ein und stiehlt drei goldene Ringe, die sie versetzt. Da sie schon mehrmals in der Amsterdamer Irrenstation untergebracht war, verlangt der Richter ein Gutachten darüber, ob 1) ihr der Diebstahl wegen mangelhafter Entwicklung oder krankhafter Störung ihres Verstandesvermögens nicht angerechnet werden kann, und ob 2) ihr Zustand ihre Verpflegung in einer Irrenanstalt möglich oder nöthig macht.

Der Vater der Angeschuldigten ist Potator, die Mutter unehelich geboren. Die Angeschuldigte war von frühester Kindheit auf bösartig, störend, zerstörungslustig; was sie in die Hände bekam, musste sie vernichten. Der Hausarzt erklärte sie schon im ersten Lebensjahr für geisteskrank, später war sie nicht zu beherrschen, log und trog fortwährend. Aus allen Schulen wurde sie nach kürzester Zeit wieder fortgeschickt; sehr früh stahl sie, was sie erreichen konnte, und vernaschte den Erlös. In einer Besserungsanstalt war sie unlenkbar, „trieb die Schamlosigkeit auf die Spitze“ und wurde nach $1^1/_2$ Jahren ungebessert entlassen. Mit 15 Jahren trieb sie sich mit Soldaten umher, kam spät Nachts nach Hause und drohte ihre Eltern mit dem Messer niederzumachen, „wenn sie ihr noch länger predigten“. Mit 17 Jahren fuhr sie nach Rotterdam und verlangte Aufnahme in ein Bordell. Sie suchte später verschiedene Stellen als Dienstmädchen, blieb aber selten länger als einen Tag; bei jedem Widerspruch warf sie sich zu Boden, rollte sich hin und her, zerriss ihre Kleider, schlug fluchend auf die Umgebung los. Vater und Mutter behandelte sie stets mit Drohungen und Schimpfworten, spie sie an und goss ihnen heisse Flüssigkeiten ins Gesicht; in den Häusern, in denen sie diente, legte sie Nachts Steinkohlen auf die Treppe oder legte sich auf eine Stufe, damit die nach Hause Kommenden herunterfielen. Jungen Hunden verstopfte sie den Anus, streute jungen Katzen Pfeffer in die Augen, steckte ihnen die Pfoten ins Feuer etc.

Sehr oft äusserte sie die Absicht, in ein Bordell zu gehen, lockte die Strassenjungen an, schnitt sich die Schamhaare ab, weil sie „da nicht hin gehörten“; ihre Tante versuchte sie zu zwingen, „nett wie Mann und Frau mit ihr zu thun“; junge Katzen liess sie an ihren Brüsten saugen, und suchte einen Kater zum Coitus mit sich zu veranlassen. Mit 18 Jahren war sie innerhalb eines Jahres dreimal auf der Amsterdamer Irrenstation, einmal in der Anstalt Meerenberg; einmal wurde sie wegen Misshandlung ihrer an Uteruscarcinom leidenden Mutter aufgenommen. Dazwischen war sie einmal in eine Besserungsanstalt geschickt, aber schon am andern Tage zurückgebracht worden, „weil sie sich rasend benommen, gescholten, geschlagen,

alles in Stücke gehauen und vernichtet hatte, so dass Zimmermann und Maurer kommen mussten, um den Schaden wieder gut zu machen. Auf dem Felde hatte sie sich nackt ausgezogen und die Anstaltskleidung zerrissen". Sie erklärte, sie hätte sich wie ein „Biest" angestellt und den „Krempel" vernichtet, weil es ihr da gar nicht gefiel.

In den Anstalten benahm sie sich unter strenger Aufsicht gut, zotete, fluchte und intrigirte aber, sobald sie sich unbeobachtet glaubte. Einmal zerriss sie die ganze Bekleidung einer Polsterzelle, „denn nun werden sie das Isoliren lassen". Bei der Mittheilung vom Tode ihrer Mutter blieb sie gleichgiltig und machte allerlei Spässe. In den letzten sieben Jahren ging die Angeschuldigte aus einem Dienst in den andern, war überall frech, faul und unfolgsam, trieb sich mit Prostituirten und Soldaten Nachts umher, fing an Schnaps zu trinken. 1889 erhielt sie 100 Gulden mütterliches Erbtheil, kaufte davon eine goldene Uhr und verjubelte den Rest mit Prostituirten und Soldaten.

Degenerationszeichen bestehen nicht, bis auf Asymmetrie der Zahnstellung. Intelligenz und Bildungsgrad stehen, mit Rücksicht auf ihre Herkunft, auf normaler Stufe. Beschuldigte bestreitet entschieden, geisteskrank zu sein, heuchelt Reue, spricht in frommen Wendungen, behauptet, den Diebstahl nur aus Noth begangen zu haben, da sie wegen ihrer Gravidität nirgends einen Dienst gefunden hätte.

Das Gutachten lautet dahin, dass die Angeklagte an sittlichem Irresein, nicht an einer Störung des Verstandesvermögens im strafrechtlichen Sinne leidet, und dass ihre Verpflegung in einer Irrenanstalt möglich, aber nicht nothwendig ist.

Das Gericht erklärte die Angeklagte für zurechnungsfähig, sah aber in dem „defecten Gefühlsleben" einen mildernden Umstand und verurtheilte sie zu einem Monat Gefängniss. K u r e l l a.

---

601) **Garosci**: Palimsesti di prostitute (Epigraphik Prostituirter.)
(Archivio di Psich., Antropol. criminale etc., Vol. XII, Heft 3—4.)

G. hat in der Station für syphilitische Weiber in Turin „Palimpseste" der Insassen gesammelt, die, ganz wie in den von L o m b r o s o gesammelten Palimpsesten „der unbescholtenen Durchschnittsfrau", meist die Liebe für den eigenen Heerd und dessen Einrichtung, Möbel etc. aussprechen, daneben die Beschäftigung mit der eigenen Persönlichkeit und eine schamlose Beobachtung der eigenen Genitalien, verbunden mit Gleichgiltigkeit für ihre Krankheit. (Physische und psychische Insensibilität.) S. O t t o l e n g h i.

---

602) **Lombroso**: Un Autografo di Seghetti. (Zeichnung eines zum Tode Verurtheilten.)
(Arch. di Psich., Antropol. crim. e Sc. pen. 1891, Vol. XII, Heft 3—4, p. 366.)

Seghetti, ein Soldat, der während eines Jahres 67 Mal wegen Insubordination bestraft worden war, wurde aus demselben Grunde von seinem Sergeanten festgenommen, sucht denselben zu verwunden, drückt dann sein Gewehr auf einen Offizier los und schiesst zwei Stunden lang um sich, wobei er auch den Obersten bedroht. — Zum Tode verurtheilt, zeichnet er in seinen letzten Tagen eine plumpe Darstellung seines eigenen Todes; sich

selbst auf einen Stuhl gebunden, und bei ihm ein Priester, der ihm das Kreuz zeigt; wenige Schritte davon giebt ein Offizier mit dem Degen einer Anzahl Soldaten das Signal zum Feuern; von der Höhe eines Balcons aus betrachten Soldaten und Weiber das Schauspiel. S. Ottolenghi.

---

603) **S. Sighele**: La folla delinquente. (Die criminelle Bedeutung von Zusammenrottungen.) (Arch. di Psich. etc., Vol. XII, fas. 1—4.)

Der Verf. zeigt an mehreren Beispielen, welche seltsame Macht eine Menschenmenge gewinnen kann, ganz besonders, wenn es sich um eine verbrecherische Menge handelt. Auf die von derselben begangenen Handlungen ist ihre anthropologische Zusammensetzung von grossem Einfluss. Eine Menge von Gutgearteten kann wohl pervers werden, aber nie bis zu dem Grade von Verderbtheit gelangen, den eine, aus bösen Elementen zusammengesetzte Masse zu erreichen im Stande ist. Aber es ist das Wesen der Masse — und darin liegt ihre Macht —, dass alle guten Elemente in ihr sich verschlechtern und alle bösen Anlagen zur Entwicklung kommen.

Bei der Erörterung der Zurechnung der innerhalb einer Menschenmasse begangenen Verbrechen, macht S. darauf aufmerksam, dass, wenn es schon bei der hypnotischen Suggestion nie zum vollständigen Auslöschen der Persönlichkeit kommt, dasselbe noch viel weniger der Fall sein wird bei einer Suggestion im wachen Zustande, wenn dieselbe auch, wie innerhalb einer Menge, ihren höchsten Grad erreicht. Das von einem Individuum unter dem Antriebe einer Volksmasse begangene Verbrechen hat also seine Ursachen immer in der physischen und psychischen Constitution seines Urhebers. Es kann innerhalb einer Masse geborene Verbrecher geben, sowie Gelegenheitsverbrecher; das gleiche Verbrechen, gemeinsam begangen, muss, je nach der Sensibilität des betreffenden Individuums, verschieden bestraft werden. Im Allgemeinen müssen bei dem heutigen Stande der Gesetzgebung die innerhalb einer Menge begangenen Verbrechen als von halb-zurechnungsfähigen Individuen begangen angesehen werden. S. Ottolenghi.

---

# III. Tagesgeschichte.

— **Personalien.** — Dr. J. Pal in Wien hat sich als Privatdocent für Neurologie habilitirt. — Dr. Karl Kuffner ist vom Minister als Privatdocent der Psychiatrie an der czechischen Universität in Prag bestätigt worden. — Dr. Lissauer, Privatdocent und erster Assistent der psychiatrischen Klinik in Breslau, ist am 19. September in Tirol plötzlich gestorben. Der noch jugendliche, hochbegabte Forscher, der frühzeitig seinen Namen mit wichtigen Entdeckungen zur Anatomie und Pathologie des Rückenmarks untrennbar verknüpft hat, war gerade jetzt im Begriff, die in jahrelanger Arbeit gereiften Ergebnisse tief und breit angelegter Untersuchungen über die Pathologie der Dementia paralytica für die Publication zu

redigiren. Einige wenige Mittheilungen aus diesen Resultaten, so die über Heerderkrankungen im Sehhügel und sein in der Juli-Nummer dieses Blattes referirter Vortrag über schichtenweise Degeneration in der Rinde deuten ihre Tragweite an. Es steht zu hoffen, dass Prof. Wernicke den Nachlass seines genialen Schülers den Fachgenossen zugänglich machen wird.

— Die unter Leitung des Dr. Albrecht Erlenmeyer stehende Heilanstalt für Nerven- und Rückenmarkskranke bei Bendorf a. Rh. beging am 1. October die Feier ihres 25jährigen Bestehens. Dieselbe wird von dem genannten Tage ab, nach Vollendung umfassender Neu- und Umbauten, als „Wasserheilanstalt Rheinau, Sanatorium für Nervenkranke“ weiter bestehen.

Dieses Institut ist räumlich und administrativ getrennt von der in der Stadt Bendorf gelegenen, nach wie vor fortgeführten Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Geisteskranke; diese Differenzirung verbürgt eine dem modernen Bedürfniss entsprechende Fortentwicklung der auf eine rühmliche Vergangenheit zurückblickenden Institute.

— **Unheilbare Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund.** — In dem soeben erschienenen Buche: „Das Recht der Ehescheidung in Deutschland von Dr. jur. Hubrich“ wird auch die Frage zu beantworten versucht, ob unheilbare Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund anerkannt werden soll oder nicht. Der „Entwurf eines bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich“ hat sie unter die absoluten Ehescheidungsgründe nicht mit aufgenommen, und wir stimmen den Ausführungen des Verfassers, in denen er dies billigt, unbedingt bei. Wir werden aber auch annehmen müssen, dass er im Einzelfalle es dem Ermessen, sei es der Landesherren, sei es des Richters, überlassen will, ob die Verhältnisse so liegen, dass unter ihrer Herrschaft eine Ehescheidung wegen unheilbarer Geisteskrankheit dennoch eintreten muss. Er sagt selbst S. 262: „Ueber das allgemeine Maass menschlicher Duldungsfähigkeit darf der Staat das Ausharren in der Ehe den Ehegatten nicht ansinnen.“ Wir zweifeln nicht, dass das landesherrliche oder richterliche Ermessen im Einzelfalle auch die unheilbare Geisteskrankheit nach Maassgabe der sonstigen Verhältnisse berücksichtigen und eine Ehe scheiden wird, die bei diesem eingetretenen Unglücke schon aus wirthschaftlichen Gründen in ihrem Fortbestande als erschüttert und untergraben erachtet werden muss. Dass dann in einem Falle eine Wiederverheirathung ermöglicht und im anderen ausgeschlossen erscheint, mag eben bei der Unvollkommenheit aller menschlichen Einrichtungen und Satzungen als das Unvermeidliche hingenommen werden, und auch hier wird das billige Ermessen vorkommenden Falles zu helfen wissen. Gerade die dem Richter gegebene Freiheit seines Ermessens bildet hier eine Garantie, dass nicht die Möglichkeit eintrete, aus einem eingetretenen Unglücke ein noch grösseres entstehen zu lassen, wenn z. B. die unheilbare Geisteskrankheit zwar mit derjenigen Sicherheit ärztlich festgestellt ist, wie es der Stand der Wissenschaft ermöglicht, aber keine Gründe vorliegen, den Kranken lebenslänglich in einer Anstalt unterzubringen. In solchen Fällen wird kein Richter und ebensowenig ein Landesherr eine Scheidung und noch weniger eine Wiederverheirathung gestatten. Die häusliche Gemeinschaft der Ehegatten durch einen Machtspruch aufzulösen, wenn der eine derselben einer unheilbaren Geisteskrankheit verfällt, würde eine absolute Unmöglichkeit sein. Es wird also Alles darauf ankommen, dem betreffenden Paragraphen des neuen bürgerlichen Gesetzbuches eine richtige und glückliche Fassung zu geben, die er allerdings nach dem gegenwärtigen Entwurfe noch nicht hat.

(Allgem. Zeitung, Beilage 241.)

— **Anthropologische Untersuchung Geisteskranker.** — Die niederländische Vereinigung für Psychiatrie hat beschlossen, den Anstalten des Landes die Einführung und Benutzung der in den belgischen Anstalten, wesentlich auf Morel's Veranlassung, in Aufnahme gekommenen „Questionnaire anthropologique" zu empfehlen. Wir bringen diesen zweckmässigen und sehr vollständigen Fragebogen hier zum Abdruck.

*No*_____

## QUESTIONNAIRE ANTHROPOLOGIQUE

*Du nommé (Noms et Prénoms)*_____

_____, *le* _____ 189____

### État Civil

Lieu de naissance:
Date de -
Lieu de naissance du père:
- - de la mère:
Langue maternelle:

Profession du père:
- de la mère:
Degré d'instruction:
Éducation:
Hérédité:

### Caractères Anthropométriques [1])

Taille . . . . . .
Poids . . . . . .
Circonférence thoracique mamillaire
Diamètre antéro-postérieur maximum
- - - iniaque
- transverse maximum
Hauteur sus-auriculaire . . . .
Diamètre frontal minimum . . .
Circonférence horizontale max. (Cheveux ras). { pré-auriculaire / post-auriculaire
Courbe fronto-iniaque . . . . .
- transverse sus-auriculaire
Projection { faciale . . . . . / crânienne antérieure / crânienne postérieure

Hauteur du visage . . . . . .
- ophryo-alvéolaire . . .
- naso-alvéolaire . . . .
Largeur bizygomatique maximum .
- interoculaire . . . . .
- bigoniaque . . . . . .
Hauteur nasale (naso-spinale) . .
Largeur maximum des narines . .
Indice céphalique . . . . . .
- prosopal . . . . . .
- facial . . . . . .
- frontal . . . . . .
- nasal . . . . . .

[1]) Pour les détails relatifs aux caractères anthropométriques et descriptifs, consultez les *instructions spéciales* adoptées par la *Société de Médecine mentale de Belgique.*

## Caractères Descriptifs

N. B. BIFFEZ LES CARACTÈRES QUI N'EXISTENT PAS

**Peau** claire, fleurie, bistrée.

*Anomalies:* leucodermie, albinisme, vitiligo, mélanodermie, mélanisme, dyschromies, etc.

Glabre ou velue (notez les régions); hypertrichose).

**Cheveux.** — *Couleur:* blonde, châtaine, brune, noire, rousse.

*Forme:* lisse, ondée, frisée, crépue.

**Front** droit, fuyant, saillant.

**Arcades sourcilières** saillantes ou effacées.

**Glabelle** proéminente, moyenne ou nulle.

**Nez.** — *Ligne de profil:* concave, rectiligne, convexe, busquée ou ondulée.

*Inclinaison de la base:* forme relevée, horizontale ou abaissée.

**Yeux** saillants, enfoncés; — droits ou obliques; — bleus, intermédiaires, bruns; Asymétrie chromatique de l'iris.

**Prognathisme** général, sous-nasal, alvéolaire, inférieur.

**Menton** saillant, moyen ou en retrait.

**Arcade dentaire supérieure** parabolique, elliptique ou hypsiloïde.

**Pommettes** proéminentes, moyennes ou effacées.

**Lèvres** grosses, moyennes ou fines.

**Palais** large, étroit, profond, plan ou ogival.

**Denture**
- Incisives: obliques en avant, verticales ou obliques en arrière — à stries transversales.
- Anomalies de nombre ( ) et de forme (nombre des cuspides ) 3e molaire sortie ou non.
- Carie.
- Diastème.

**Oreilles.** — Lobule libre, adhérent ou semi-adhérent.

*Anomalies?*

**Occiput.** — Aplati, proéminent, très proéminent.

**Ecaille occipitale.** — Déborde-t-elle les pariétaux?

**Asymétries cranio-faciales.**

**Scaphocéphalie**, ordinaire ou annulaire.

**Microcéphalie.**

**Déformation artificielle**, etc.

**Particularités non prévues** (plagiocéphalie, acrocéphalie, trigonocéphalie, etc.).

— **Zur Fürsorge für Epileptische und Idioten.** — Die Provinz Sachsen hatte bisher direct eine Fürsorge für Epileptische und Schwachsinnige nicht ausgeübt, sondern für Unterbringung bedürftiger Kranker dieser Art durch Unterstützung der bestehenden Privatanstalten in Neinstedt und Hasserode Sorge getragen.

Da nun diese Privatinstitute für das Bedürfniss der Provinz nicht mehr genügen, soll eine neue grosse Anstalt errichtet werden. Die einschlägigen Voruntersuchungen sind niedergelegt in einer vortrefflichen, vom Landesrath Vorster (Merseburg) verfassten „Denkschrift, betreffend die Erbauung einer Heilpflegeanstalt für Epileptische und Idioten in der Provinz Sachsen". Dass Epileptische und Idioten in dem Rahmen einer Anstalt unbeschadet verpflegt werden können, ist namentlich durch das Beispiel von Stetten längst bewiesen. Auch gegen den

Plan, mit dem Epileptiker- und Idioten-Asyl eine Irrenpflege-Abtheilung zu verbinden, ist gewiss nichts einzuwenden. Diese Vereinigung bietet den grossen Vortheil, dass man vorübergehend auch solche Kranke, die periodisch an acuten geistigen Störungen leiden, für gewöhnlich aber wohl im Stande sind, in offener Behandlung zu leben, dort unterbringen kann und so nicht genöthigt ist, dieselben Jahre lang oder für immer wegen dieser kurz dauernden Complicationen in geschlossenen Anstalten zu interniren.

Zu weiterer Vorbereitung dieses Planes wurde eine Commission ernannt, welche sich verschiedene hier in Betracht kommende Anstalten — zunächst in Süddeutschland und der Schweiz — anzusehen hatte. Dieselbe bestand aus den Herren: Landesdirector Graf Winzingerode (Vorsitzender), Landesrath Vorster, Oberbürgermeister Dr. Brecht (Quedlinburg), Bürgermeister Schrecker (Eilenburg), Baurath Driesemann (Halle). Als ärztlicher Sachverständiger war der Commission Dr. H. Wildermuth, unser verehrter Mitarbeiter, beigegeben.

Das Resultat der Reise erfüllte die Theilnehmer mit grosser Befriedigung: In Stetten wurde namentlich die Filiale Schweizerhaus (Asyl für Unheilbare) als sehr zweckentsprechend anerkannt, und die Liebenswürdigkeit der Vorsteher gab der Commission Gelegenheit, sich von den schönen Resultaten der dort gehandhabten Unterrichtsmethode, namentlich auch in dem hier besonders wichtigen Turnen, zu überzeugen. Ganz besonderes Interesse bot die Besichtigung der Schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich, welche unter der vortrefflichen Leitung des Directors Kölle (früheren Oberlehrers und Oekonomieverwalters in Stetten i. R.) und des Dr. v. Schulthess-Rechberg steht. Dieselbe, neu zu diesem speciellen Zweck in wunderschöner Lage am Ufer des Züricher Sees errichtet, entspricht wohl allen hier zu stellenden Anforderungen und ist bis jetzt das schönste Institut für Epileptische in Europa, England vielleicht ausgenommen.

Auf Grund der oben genannten Vorarbeiten und der auf der Reise gewonnenen Eindrücke und Erfahrungen ist nun ein genereller Entwurf für die Anstalt der Provinz Sachsen verfertigt worden, auf Grund dessen die Commission des sächsischen Provinziallandtages weiter vorgehen wird. Die Bedeutung dieses Unternehmens ist deshalb hervorragend und von grosser principieller Tragweite, weil hier zum ersten Male in Deutschland — abgesehen von dem Königreich Sachsen — die Fürsorge für Epileptische und Idioten in grossem Stil vom Staat (resp. Provinzialregierung) in die Hand genommen wird, während sie sonst überall der Privatwohlthätigkeit überlassen bleibt. (Württemberg. medic. Correspondenzblatt, Nr. 24.)

# CENTRALBLATT

für

# Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XIV. Jahrgang. **1891 December.** Neue Folge II. Band.


## I. Originalien.

### I.

### Neue Beiträge zur criminellen Anthropologie.

Besprochen von Jul. MOREL (Gent) und H. KURELLA.

Der Gang der Wissenschaft ist trotz aller Versicherungen, dass völkertrennende Schranken für die Forschung nicht existiren, auch heute noch durch nationale Motive bestimmt.

Wie die romanischen Nationen sich bekanntlich gegenüber den älteren und neueren Entdeckungen der deutschen bakteriologischen Forschung, speciell denen Robert Koch's und seiner Schule, skeptisch und ablehnend verhalten haben, so haben die Bestrebungen Lombroso's und seiner Schule in Deutschland, England und Skandinavien leider nicht die verdiente Anerkennung gefunden, wenigstens nicht in den akademischen Cirkeln.

Jetzt, wo auch in diesen Kreisen allmählich das Interesse für die criminelle Anthropologie zu erwachen scheint — man vergleiche hierzu Professor Pelman's Vortrag auf der Weimarer Versammlung im Herbst dieses Jahres — jetzt fühlen wir uns doch einmal veranlasst, darauf hinzuweisen, dass die Herausgeber und Mitarbeiter dieser Zeitschrift zuerst von Deutschland aus und in Deutschland die criminelle Anthropologie vertreten und für das internationale Publikum dieses Blattes in ihrer weiteren Entwicklung geschildert haben. Dies Verdienst der Propaganda ist so bescheiden, dass wir uns desselben ohne Scheu rühmen dürfen; wir verweisen dabei besonders auf den Artikel des Redacteurs dieser Zeitschrift in Nr. 18 und 19 vom Jahre 1888. Neuerdings ist nun eine Reihe bedeutender Werke erschienen, die theils die Thatsachen, theils die Theorie der Degenerations-Formen und der Verbrecher-Anthropologie erheblich bereichern. Besonders bemerkenswerth ist eine umfangreiche Publication Laurents, eines Hauptmitarbeiters der „Archives

d'Anthropologie criminelle", die wir in dem hier folgenden Referate Jul. Morel's unseren Lesern anzeigen.

## I.

D. E. Laurent. — Les habitués des Prisons de Paris. — Étude d'Anthropologie et de Psychologie criminelle. Avec une préface du Doct. A. Lacassagne, Professeur à la faculté de médecine de Lyon. (Lyon, A. Storck. 1891.)

Der Verbrecher sieht seine Kinder sinken, wie er selbst gesunken ist, er sieht sie auf die Anklagebank kommen, auf der er selbst gesessen hat, und, wie er selbst, schliesslich in die Strafhaft wandern. — Laurent spricht sich gegen eine fatalistische Auffassung dieser Vererbung aus, deren Bedeutung seiner Meinung nach allzusehr überschätzt wird. Man fände freilich in Strafanstalten viel Nervenkranke und Trinker, aber die erbliche Belastung wäre doch bei Geisteskranken sehr viel häufiger. Irre produciren viel mehr Candidaten des Verbrechens, als Sträflinge. Eine — noch fehlende — Statistik über diese Verhältnisse würde sehr instructiv sein, ist aber nach L.'s Meinung überreich an Schwierigkeiten, weil die Degenerirten und Geisteskranken den am meisten flottirenden Theil der Bevölkerung bilden, was eine Enquête sehr erschwert.

Unzweifelhaft spielt jedoch der Alkoholismus eine überwiegende Rolle in der Criminalität, und man kann sagen, dass die Gefängnisse mit den Kindern von Alkoholisten bevölkert sind, dass der Alkohol meist den Schuldigen auf seine Bahn treibt, da er den Willen paralysirt, nicht nur bei dem Trinker, sondern auch bei seiner Nachkommenschaft; nächst dem Alkohol und der Geistesstörung liefern die Neurosen und die Tuberculosen das grösste Contingent für das Verbrecherthum.

Laurent theilt die Verbrecher in Zufalls- und Gelegenheits-Verbrecher (criminels par accident, criminels par occasion). Aus den ersteren rekrutirt sich die flottirende Bevölkerung der Gefängnisse, viele von ihnen raffen sich wieder auf und kommen nicht wieder zum Fall. Bei den letzteren ist die Gewohnheit eine erworbene Disposition zur Wiederholung bestimmter, früher ein erstes Mal ausgeführter Handlungen; viele unter ihnen sind „fous moraux" und sogenannte „geborene Verbrecher", mit einem Worte, Hereditarier, deren Belastung sehr oft erst beim Eintritt der Pubertät manifestirt wird, nach einer intercurrenten schweren Erkrankung, einem Fall auf den Kopf etc.

Mit Ausnahme der Vagabunden und Bettler, der in Folge von Blindheit, Lähmungen, Krämpfen oder peripher bedingter Arbeitsunfähigkeit dauernd Hilflosen, derer, denen sich nach einer ersten Bestrafung alle Werkstätten verschliessen, und die deshalb keine Arbeit finden, sind die meisten übrigen minderwerthige, gering begabte Leute ohne Ehrgefühl, oder Degenerirte — sie alle kann man nicht als Verbrecher bezeichnen, nicht in den Gefängnissen mit den Gewohnheitsverbrechern vermischen.

Gladstone sagt einmal: „Der Alkohol fordert in der Gegenwart mehr Opfer, als die drei historischen Geisseln der Menschheit: Hungersnoth, Pest und Krieg." Laurent bestätigt das, und der Irrenarzt wird ihm hierin beipflichten.

Laurent bespricht nach der Reihenfolge der Frequenz die in den Gefängnissen häufigsten Degenerirten; zuerst nennt er die Schwachsinnigen

(„débiles"), welche die „Enterbten der Intelligenz und des Urtheils" sind, beschränkt in ihren Vorstellungen, mechanisch in ihrem Gedächtniss, mit versagender Willenskraft, ohne Initiative, widerstandslos jeder fremden Suggestion preisgegeben; ferner bespricht er die „dégénérés supérieurs" (höher entwickelte Degenerirte), charakterisirt durch mangelndes Gleichgewicht und fehlende Abwägung ihrer Handlungen. Sie besitzen Intelligenz, sind aber ungleich in ihren intellectuellen Leistungen. Sie begreifen ideale Vorstellungen und erhabene Begriffe, sind aber zu ausdauernder Anstrengung, zur Verwirklichung ihrer schönen Theorien unfähig. Sie entgehen meist dem Gefängniss, aber ihre Excentrität führt sie viel eher in die Irrenanstalt. Laurent führt zuletzt die Imbecillen auf, deren cerebrale Leistungen fast ganz in Instinctivität und Impulsivität aufgehen.

Laurent hat in den Pariser Gefängnissen sehr viel mit den Stigmaten der physischen Degeneration behaftete Individuen gefunden (Personen mit Strabismus, Stottern, Tremor, Spitz- oder Plattköpfen, Plattnasen, hohem Oberkiefer, difformen Ohren etc.), niemals aber pathognomische Zeichen mit constantem Vorkommen. Unter den physiologischen Degenerescenz-Zeichen erwähnt er motorische Störungen, functionelle Anomalieen (Urin-Incontinenz, Schleppen des Ganges und der Sprache); selten fand er bei einem degenerirten Individuum nur ein einziges Stigma. Das Studium epileptischer Verbrecher birgt eine grosse Schwierigkeit: Gewisse Epileptiker suchen ihr Leiden zu verbergen, andere haben nur nächtliche Anfälle; unter dieser Kategorie von Kranken hat Laurent periodische Diebstähle, Sittlichkeitsverbrechen, Verbrechen im Zustande der Bewusstlosigkeit gefunden. Viele dieser Epileptiker sind absolut Degenerirte und somit „fous moraux". An die Epileptiker schliessen sich die Hysterischen, die stets die Urheber der in Strafanstalten auftretenden Ordnungsstörungen sind. Von den geisteskranken Gefangenen sagt Laurent mit Recht: Wieviel Schwachsinnige und Alkoholisten verbringen ihr Leben im Gefängniss, weil über sie kein Gutachten erfordert wird. Wieviel andere, glücklichere Verbrecher findet man nicht in den Irrenanstalten.

Laurent resümirt die morphologischen und physiologischen Untersuchungs-Ergebnisse folgendermaassen:

1) Der Schädel zeigt die bemerkenswerthe Eigenschaft einer das normale Mittel übertreffenden horizontalen Entwicklung.
2) Die subbrachycephalen, brachycephalen und mesaticephalen Typen überwiegen bedeutend die Dolichocephalie.
3) Asymmetrie kommt bei 63 % der untersuchten Schädel vor. Sie erreicht ihr Maximum mit 70 % bei den Urhebern von Sittlichkeits- und Nothzuchts-Verbrechen; ihr Minimum findet sich mit 60 % bei den Attentaten gegen das Leben.
4) Die Deformitäten in der Richtung der transversal-verticalen Curve sind am häufigsten bei den Dieben, bei ihnen und bei den Verbrechern gegen die Sittlichkeit trifft man eine gewisse Zahl von Kielköpfen (Scaphocephalus).
5) Die Deformitäten im Sinne der anteroposterioren Median-Curve kommen in allen Gruppen vor, sie entsprechen im wesentlichen einer Abflachung der regio bregmatica und parietalis posterior.

Der mittlere Schädelinhalt liegt unter dem von Broca als normales Mittel bezeichneten. Die Verbrecher sind also submikrocephal, wenn nicht mikrocephal.

6) Lombroso's These, dass die rechte Hirnhemisphäre bei den Verbrechern schwerer ist, bestätigt Laurent nicht, ebenso bestreitet er Lombroso's Angaben über das Gewicht von Kleinhirn, Brücke und Hirnschenkeln, weil Lombroso — nach Topinard — nicht auf die Altersverhältnisse Rücksicht genommen hätte. Laurent schliesst daraus, dass das Verbrechergehirn nichts Charakteristisches enthielte.

Nach Schilderung der Verbrecher-, speciell der Mörder-Physiognomie bestreitet Laurent die Existenz besonderer Typen für die einzelnen Verbrechen, und fragt, wie man, wenn solche Untertypen existirten, erklären wolle, dass die meisten Verbrecher mit Diebstahl beginnen und oft mit Mord enden?

Laurent betont übrigens ein eigenthümliches Verhalten der sexuellen Charaktere bei den Verbrechern; die Männer haben, bei aller Vierschrötigkeit und Muskulosität, einen kindischen oder weibischen Typus, die Frauen dagegen haben etwas Masculines; er bringt auch Thatsachen bezüglich ihrer moralischen Analgesie und deren Beziehung zu physischer Insensibilität, erklärt dieselben jedoch für Ausnahmen. Analgesie fände sich nur bei neuropathischen und irren Verbrechern. Im übrigen wäre der Sträfling vielmehr feig und haltungslos gegenüber dem Schmerz, und ebensowenig wie die Insensibilität gegen Schmerz bestätige sich ihre Disvulnerabilität. Laurent bestätigt somit fast in allen Punkten die Angaben von Manouvrier auf dem anthropologischen Congress von 1889 über die Nichtexistenz der Verbrechertypen.

Die Genitalien sind geringer entwickelt als im Mittel, ausser bei den berufsmässigen Zuhältern. Die Verbrecher ziehen im Allgemeinen die Freuden in baccho denen in venere vor, und wo sich bei Verbrechern ein gesteigerter Geschlechtstrieb findet, haben sie gleichwohl keine Zuneigung zum Weibe, in dem sie nur „das Weibchen" sehen. — Nothzuchts-Verbrechen sind meist — besonders die an alten Weibern und Kindern, — Thaten von Irren oder verthierten Idioten. In der Haft werden die Verbrecher Onanisten oder Päderasten.

Die Intelligenz vieler Verbrecher ist abgestumpft; viele haben gar keinen Unterricht genossen, eine gewecktere Intelligenz beweist im Uebrigen nicht immer etwas zu Gunsten eines Sträflings. Laurent geht hier näher auf die intellectuellen Fähigkeiten schwacher Gehirne ein. Wir wollen hier nur die Stumpfheit ihres Affectlebens betonen; manche tödten einen Menschen, wie sie ein Glas Wein trinken. Sie sind der Spielball ihrer Leidenschaften, sind cholerisch, rachsüchtig, grausam, eifersüchtig, verlogen, unbeständig, sie hassen heute, wo sie gestern liebten. Die Trägheit zieht sie zur Trunksucht, zur Ausschweifung; sie rühmen sich mit lächerlicher Eitelkeit ihres Verbrechens, fürchten aber meist den Schmerz, das Schaffot, nehmen Beleidigungen und Injurien ruhig hin. Oft findet man beim Verbrecher Mangel der Hemmung und der Coordination, ihr Wollen besitzt keine Energie; wenn sie einmal eine gewisse Selbstbeherrschung besitzen, so wissen sie doch nichts mit sich anzufangen, sie sind zu intellectueller Anstrengung unfähig.

Reue ist wenig ausgesprochen; sie wissen sehr wohl, dass sie als Ver-

brecher im Kampf mit den Gesetzen der Gesellschaft stehen, aber sie sind nicht im Kampf mit dem eigenen Gewissen. Ihre religiösen Gefühle sind im Allgemeinen verkümmert, obgleich man oft findet, dass ihr Skepticismus sie in den letzten Augenblicken ihres Lebens verlässt.

Was die Schrift betrifft, so steht Laurent auch hier in Widerstreit mit Lombroso, der die Handschrift der Mörder von der der Diebe unterscheiden will.

Der Mangel moralischen Gefühls ist eine der Ursachen für den Mangel literarischer Begabung bei ihnen; sie lesen mit Vorliebe Sensationsromane mit wilden Intriguen, sie lieben unzüchtige Schriften und pornographische Journale. Die Liebe ist für sie Obscönität, Unzucht. Das Weib ist ihnen ein Mittel zum Leben, ein Gegenstand der Ausbeutung, der Verachtung. Aesthetischer Sinn fehlt ihnen meist. Man findet jedoch Liebe und Achtung für die Mutter beim Verbrecher. Selten findet man, dass sie eine Vorstellung vom Erhabenen haben, dass sie ein Gefühl fürs Schöne in ihrer Unterhaltung oder in ihren Schriften äussern.

Dies sind, in schneller Musterung, die wesentlichen Züge des Werkes eines ausgezeichneten Beobachters. Laurent beendet sein Buch mit der Schilderung der verschiedenen Verbrecher in der Gesellschaft, des Selbstmords bei den Verbrechern, der Simulation in den Strafanstalten, der verschiedenen Arten von Verbrechen und ihrer Motive, der Einflüsse von Erziehung, Umgebung, Unterricht, Züchtigung und Strafe. Er hat die französische Literatur mit einem werthvollen Werke bereichert. Italien besitzt gegenwärtig ein ähnliches Werk in Marro's: „I caratteri dei delinquenti". Es wäre zu wünschen, anthropo-sociologische Studien von solcher Tragweite auch in andern Ländern sich verbreiten zu sehen.

## II.

Laurent ist ein gewandter Vertreter der unter den französischen Gerichtsärzten und Juristen, soweit sie überhaupt dem Pionier Lombroso nachgefolgt sind, vorwiegenden Theorie, die in dem Typus des Verbrechers einen Complex erworbener Charaktere, einen „type professionel" sehen will.

Geistreich, aber unverkennbar von nicht empirischem Material ausgehend, durch ein wenig ultramontan gefärbte Stimmungen befangen, haben diese Anschauung vor ganz kurzer Zeit dargelegt Dortel und Francotte (letzterer ein belgischer Professor, den man aber ganz der französischen Schule zurechnen kann).

Die beiden Bücher sind bei demselben Verleger, J. B. Baillière et Fils in Paris, vor Kurzem erschienen. Francotte (L'Anthropologie Criminelle. 1891. 368 p. $8^0$) giebt in der ersten Hälfte seines Buchs eine sehr systematisch geordnete, und darin von Lombroso's Hauptwerk sich vortheilhaft unterscheidende, Compilation des gesammten, bisher zur Anthropologie der Verbrecher vorliegenden Materials. Genaue Quellenangaben begleiten diese Auszüge, und bis auf einige dänisch, niederländisch, polnisch, russisch und spanisch geschriebene Arbeiten und mehrere deutsche, ist hier Alles in der bequemsten, das Selbststudium erheblich erleichternden Weise zusammengestellt. Man findet zugleich in dem Buche die bisher vollständigste Compilation der Lehre von den physischen Zeichen der Degenerescenz.

Mehr als $^1/_3$ des Buchs enthält die dies Material analysirende Kritik.

Auch hier findet sich eine gewissenhafte Zusammenstellung aller Einwände, die gegen die atavistische und pathologische Theorie (Epilepsie!) der Verbrechernatur erhoben worden sind. Nur leidet gerade dieser kritische Theil an nicht vollkommen systematischer Eintheilung, und birgt allzuviel Einwände von wenig autorisirter Seite (z. B. aus den Büchern von Gautier, Roux, Joly, ja sogar aus den Aufzeichnungen vom theologisirenden Anstaltsgeistlichen wie Crozes, Moreau, und aus frivolen Journalisten, wie Fouqier und Bataille). Capitel V des ersten Theils sucht mit zum grossen Theil andern Autoren entlehnten Argumenten die Existenz eines „type criminel" zu bestreiten; es tritt (p. 229) das bekannte Argument auf, die unverbesserlichen Rückfälligen wären das, was sie sind, durch die Gewohnheit geworden. Gut, aber was waren sie beim Begehen der Verbrechen, deren Ausführung die habituelle Disposition zu Verbrechen erst schuf? Diese erste, dispositionschaffende Serie von Verbrechen kann man doch nur mit einem circulus vitiosus aus der Gewohnheit erklären. Nachdem Francotte auf Seite 180—181 und S. 144 den Verbrechern jedes Gewissen abgesprochen hat, heisst es p. 247: „C'est la conscience qu'il faut guérir; c'est à la conscience qu'il faut s'adresser, et nul le fera avec plus d'autorité que l'aumônier dans les prisons." Duobus certantibus tertius gaudet! Während Jurist und Mediciner sich streiten, wessen Gebiet der unverbesserliche Gewohnheitsverbrecher angehört, bemächtigt sich der Almosenier der Verbrecherseele, und wendet sich an ihr — gänzlich abwesendes — Gewissen.

Einige Widersprüche in den eigenen Ausführungen Francotte's nehmen dem Buche nicht den Werth einer sehr systematischen, vollständigen Zusammenstellung aller Pro und Contra, die in der Erforschung der Verbrecher bezüglich der Hypothese des „geborenen Verbrechers" ans Licht gebracht worden sind.

Dortel (L'Anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale. 1891) zeigt in seiner Zusammenstellung der delinquento-anthropologischen Thatsachen weniger Belesenheit, aber mehr Objectivität als Francotte. Von den anthropologischen Merkmalen der Verbrecher, die Dortel neben den psychologischen in den beiden ersten Capiteln seines Buchs bespricht, will er nicht eins als charakteristisch und constant gelten lassen. Besonders einschneidend kritisirt er die von Italien her verkündete Identität des Verbrecherthums mit Moral Insanity und der Epilepsie. Er hält die für die Vergleichung des „uomo delinquente" und des „fou moral" verwendete Zeit für verloren: „Il s'agit d'une seule et même catégorie de sujets. Ces sujets sont caractérisés par différents traits: les uns les appellent des criminels, les autres des fous. Ce n'est pas prouver que le crime est la folie morale que de remarquer qu'ils se ressemblent. Il serait difficile qu'il en fût autrement; ce sont les mêmes, désignés de façon différente. Ce qui importerait, ce serait de savoir, si l'on doit considérer l'habitude des crimes, le goût en quelque sorte maladif que certains êtres ont dès l'enfance pour le mal, comme une perversion fatale de l'intelligence, un délire dont le sens moral fait tous les frais" (l. c. p. 80).

Dortel, der ganz besonders von der Degenerations-Theorie Magnan's beeinflusst worden zu sein scheint, kommt zu folgenden Schlüssen: „1. Le criminel né, tel que l'a conçu et décrit Lombroso, n'existe pas: aucun caractère anthropologique nettement défini n'a pu lui être reconnu. 2. Des anomalies par lesquelles il a cru pouvoir le distinguer il n'en est aucune de

premier ordre qui soit congénitale, comme l'exigerait la théorie; elles sont le plus souvent imputables à des processes pathologiques banals. 3. Les caractères psychiques, loin de préexister à la criminalité, sont au contraire dans la plupart la conséquence de la vie de prison ou de la pratique du crime. 4. Le criminel n'est ni un fou, ni un fou moral, ni un épileptique à impulsions nocives."

Dortel steht also auf der Seite derer, die den Typus des Verbrechers für durch die verbrecherische Lebensführung und ihre socialen Consequenzen erworben halten. Diese Anschauung ist aber a priori construirt; um sie zu beweisen, müsste eine bestimmte, grosse Zahl Erstbestrafter mit einer gleichen Zahl für das gleiche Verbrechen Oftbestrafter verglichen werden, was bisher noch nicht geschehen ist; das Material für eine derartige Vergleichung ist so zahlreich vorhanden, dass die in Frankreich so beliebte These von der socialen Natur der Werdebedingungen des Verbrechers jederzeit dem experimentum crucis unterworfen werden kann.

Uebrigens ist die Hochschätzung des „milieu", der physischen und socialen Umgebung und Existenzbedingungen, etwas, was seit dem dritten Jahrzehnt unsres Jahrhunderts das ganze geistige Leben Frankreichs beherrscht, und sich von Lamarck und Mérimée bis zu Zola, Tarde und Taine in allen Gebieten der französischen Literatur und Wissenschaft nachweisen lässt. Diese völkerpsychologische Thatsache zeigt, dass die Lehre vom Einfluss des milieu der Erforschung der Verbrecher a priori entgegen gebracht wird. Der echte Naturforscher kennt aber keine Urtheile a priori.

## III.

Die eben charakterisirte Richtung der französischen Forschung hat nun eine Reihe von Werken hervorgebracht, die neben der Anthropologie besonders die Sociologie des Verbrechens und der Verbrecher behandeln. In erster Linie ist hier Tarde's „Philosophie pénale" zu nennen (2e édition, Lyon, Storck, 1891), in der besonders die Criminalstatistik vergleichend behandelt wird, während ein specielles Capitel der Criminalstatistik, die italienischen Verbrecher betreffend, von dem Director des italienischen statistischen Bureaus, Bodio, eingehend behandelt worden ist (Communication sur l'organisation de la statistique pénale en Italie. Rom 1890), der ein erneutes Anwachsen der Verbrechen und Vergehen in Italien meldet, das in absoluten Zahlen sechsmal mehr Morde zählen muss, als Deutschland.

Vor Kurzem ist auch Tarde's „Criminalité comparée", die ausführlich in Nr. 19, 1888, dieses Blattes besprochen ist, in neuer Auflage erschienen, Auch hier heisst es (p. 53), dass der „type criminel n'est qu'un type professionel d'une espèce singulière et singulièrement ancienne".

Ein sehr reiches Material bringt zur Kenntniss der Factoren der Criminalität Corre bei (Crime et Suicide, 1891. Paris. Doin, éditeur), ohne jedoch in seinem Buche eine blosse Compilation zu geben, wie sie in seiner früheren Arbeit (Les criminels. 1886) zu finden war.

Selbständig und originell ist unter den neusten criminal-sociologischen Autoren aber eigentlich nur S. Sighele, in einem Buch, das theilweise in Lombroso's Archiv publicirt und daraus im Referat Nr. 603 d. J. dieser Zeitschrift besprochen worden ist. Seine Darstellung der in Zusammenrottungen sich entwickelnden verbrecherischen Regungen (La folla delinquente, Turin, Fratelli Bocca, 1891) ist vor Allem durch ihre psychologischen Daten interessant.

Sighele betont besonders, dass in Menschengruppen sich durch suggestive Einflüsse eine Art Collectivpsyche zeigt, mit ganz neuentstandenen, den einzelnen, zusammengekommenen Individuen ursprünglich vollkommen fremden Vorstellungen, Stimmungen und Willensimpulsen.

Sighele betont die erhöhte Suggestibilität, die einen unter vielen seines Gleichen versammelten Menschen durchdringt, und berührt hier ein Gebiet, das Lombroso in seinen criminalpsychologischen Analysen unterschätzt zu haben scheint.

Wie eminent nun gerade die Suggestionsfähigkeit und damit die verbrecherische Disposition des Imbecillen ist, hat Sollier in seinem ausgezeichneten Buche über die Psychologie des Idioten und Imbecillen schlagend nachgewiesen. Es liegt uns die wohlgelungene deutsche Uebersetzung dieses (im Augustheft dieses Blattes von Wildermuth eingehend besprochenen) Buches vor (von Dr. Paul Brie, Hamburg, Voss 1891), und wir stehen nicht an, dasselbe als den bedeutendsten Beitrag unter allen hier angeführten Werken zu bezeichnen, der zur Kenntniss der Verbrecherpsyche geliefert worden ist. Wir verweisen ganz besonders auf die von Professor Pelman dem Buche mitgegebene Vorrede, und acceptiren vollkommen sein Urtheil, das er in folgende Worte fasst: „Wenn wir die ebenso zahl- wie umfangreichen Bücher durchgehen, die nach Lombroso's Vorgange über die Verbrecher und ihre Eigenthümlichkeiten veröffentlicht wurden, so können wir uns des Eindrucks nicht erwehren, dass die von Sollier geschilderten Eigenschaften des Imbecillen sich Wort für Wort bei dem typischen Verbrecher wiederfinden. — Die Schlüsse, die sich hieraus ergeben, können der anthropologischen Schule nur neue Anhänger zuführen, und auch das würde ich auf das Gewinnconto des Buches setzen."

Schliesslich erwähnen wir als einen hochbedeutenden Beitrag zur Psychologie des Verbrechers Lombroso's umfangreiches Buch: „Der politische Verbrecher und die Revolution" [1]), das eine sehr grosse Zahl biographischer Schilderungen von Verbrechern und Revolutionären und zugleich geistvolle, in mühevoller Analyse begründete sociologische Theorien zur Genese des Verbrechens und der politischen Unruhen enthält.

Lombroso's Genius zeigt sich darin in voller Kraft, und wir wollen ihm, der wohl von sich sagen kann, „viel Feinde, viel Ehre" — des trocknen Tons einmal satt — ein Wort Heine's zum Schlusse zurufen:

Schlage die Trommel und fürchte Dich nicht,
Das ist die ganze Wissenschaft,
Das ist der Bücher tiefster Sinn.
Trommle die Leute aus dem Schlaf,
Trommle Reveille mit Jugendkraft,
Marschire trommelnd immer voran,
Das ist die ganze Wissenschaft.

---

[1]) Hamburg 1892, Verlagsanstalt A.-G. (J. F. Richter). 2 Bände. Die deutsche Uebersetzung hat der Redacteur dieses Blattes besorgt. — Eine eingehende Besprechung des Werkes auf Grund der italienischen Ausgabe desselben bringt das Referat Nr. 293 des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift.

## II.

## Der Topothermoästhesiometer.

Vortrag, gehalten auf der III. Versammlung russischer Aerzte und Naturforscher.

Von Dr. NOISZEWSKI in Dünaburg.

Alle Untersuchungen über den Temperatursinn hatten bisher zum Zweck die Ergründung der Wahrnehmungsfähigkeit des Minimalunterschiedes zwischen zwei gleichzeitigen Wärmeeindrücken. Laut Eulenburg's Erfahrungen können auf der Haut der Glabella Temperaturunterschiede von 0,2° C. = 1/5 R. wahrgenommen werden. Eulenburg's bekannter Apparat, den er Thermoästhesiometer nennt, kann nicht zur Messung der Wärmelocalisation dienen, weil beim Gebrauch desselben die Absonderung des Wärmeeindrucks vom Tasteindruck nicht zu erzielen ist.

Vorliegender Apparat (der Topothermoästhesiometer) bestand in seiner ursprünglichen Gestalt aus einem dünnen Elfenbeinplättchen mit durchgehenden, sehr dünnen Platinstiftchen. Diese letzteren sind glatt abgeschliffen, so dass ihre Enden auf beiden Seiten des Elfenbeinplättchens mit der Oberfläche desselben zusammenfallen. Die Entfernungen zwischen den Stiften sind verschieden: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 mm. Ausserdem liegen in noch grösseren, aber stets genau bestimmten Entfernungen Stifte von entgegengesetzter Richtung.

Die Verbindung zweier Stifte mit einander wurde hergestellt mit Hilfe der Zinken eines besonders für diesen Zweck construirten Zirkels. Dieselben laufen nicht in Spitzen aus, sondern endigen mit kleinen Flächen von 2 × 1/2 mm. Die Zinken wurden bis zu einer bestimmten Temperatur erhitzt und gaben dann ihre Wärme an die Stifte, welche von ihnen berührt wurden, ab.

Die eigentliche Temperatur der Stifte wurde auf folgende Art bestimmt: irgendwo ausserhalb des Elfenbeinplättchens wurde die Haut mit einem Stäbchen, welches bis zur nöthigen, durch ein hineingelegtes Thermometer bestimmten Temperatur erhitzt ward, berührt und gleichzeitig auf die Stifte die auf einer Spirituslampe erhitzten Zinken des Zirkels gesetzt und auf denselben so lange gehalten, bis der dem Experiment unterworfenen Person die Temperaturhöhe der Wärmeempfindungen gleichwerthig zu sein schien. Darauf stellte ich der betreffenden Person die Frage, ob sie einen oder zwei Wärmeeindrücke zu unterscheiden vermöge. Die Ungenauigkeit in der Angabe der Differenz der Temperaturhöhe pflegte nicht 0,2° C. zu überschreiten, welcher Unterschied, laut Eulenburg's Angaben, auf der Glabella noch empfunden werden kann. Experimente mit bedeutenden Temperaturhöhen wurden von mir an 20 Personen ausgeführt, wobei sich Folgendes ergab:

1) Feineren Tastsinn entwickelnde Hautstellen zeigten auch in einem höheren Grade die Eigenschaft, die Wärmeempfindungen zu localisiren. Solche Stellen sind: die Fingerspitzen und die Glabella.

2) Von den 20 untersuchten Personen hatten aufzuweisen: zwei eine Wahrnehmungsfähigkeit von 1 mm an den Fingerspitzen, von 1 und 2 mm an der Glabella; ein Greis (nervös, mit Facialislähmung), und ein Neurastheniker, die im Besitz eines vollständig normalen Tast- und Temperaturunter-

scheidungsgefühls waren, empfanden nur auf 10 mm an den Fingerspitzen und auf 15 mm auf der Glabella.

Prof. Mierzejewsky wies auf die Existenz eines von Liègois construirten Apparates für denselben Zweck hin, bemerkte aber, dass derselbe nicht die gleichzeitigen Tasteindrücke beseitige.

---

# II. Original-Vereinsberichte.

## Ergänzung
## des Berichts über die Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Weimar am 18. und 19. September 1891 und über die psychiatrisch bemerkenswerthen Vorträge bei der Naturforscher-Versammlung in Halle.

604) **Wildermuth**: Zur Fürsorge für Epileptische.

Die Vorschläge des Referenten sind im Wesentlichen folgende: Bei den fliessenden Uebergängen zwischen den einzelnen Formen der Fallsucht, bei dem oft periodischen Wechsel im Zustand des Kranken, welcher mit einem Schlage sich aus einem leidlich gesellschaftsfähigen Individuum in einen gefährlichen Irren verwandeln kann, ist eine Trennung heilbarer und unheilbarer, irrer und nicht irrer Epileptischer weder durchführbar noch wünschenswerth, so wenig wie eine Scheidung jugendlicher und erwachsener Kranker in besonderen Anstalten.

Am besten entspricht dem Bedürfnisse die Errichtung grosser Anstalten, in welchen heilbare und unheilbare, geistig normale und nicht normale, jugendliche und erwachsene Kranke so verpflegt werden, dass man den einzelnen, nach Alter und Krankheitsform sich ergebenden Gruppen durch Errichtung einzelner Abtheilungen in möglichst individualisirender Weise gerecht wird. Auf diesen Modus weist auch die thatsächliche Entwickelung der bisher bestehenden Anstalten hin.

Es würden sich für eine solche Anstalt folgende, am besten in besonderen Gebäuden unterzubringende Abtheilungen ergeben:

1) Abtheilung für jugendliche unterrichtsfähige Kranke.

2) Abtheilung für gewerblich beschäftigte Kranke mit getrennten Sectionen für erwachsene und halberwachsene Kranke.

3) Oekonomiegebäude für landwirthschaftlich thätige Epileptische.

4) Irrenabtheilung für chronisch geisteskranke und verblödete Epileptische mit Raum für Unterbringung transitorisch irrer Epileptischer und einer detachirten Abtheilung für blöde epileptische Kinder.

Durch Errichtung einer Irrenabtheilung in Verbindung mit einer, freiere Verpflegungsform darbietenden, Epileptikercolonie würde dem zweifellosen Missstand abgeholfen, dass Kranke, welche den grösseren Theil des Jahres geistig annähernd normal sind, wegen kurzer und seltener Paroxysmen ge-

fährlichen Irreseins lebenslang in geschlossenen Anstalten internirt werden müssen.

An eine solche grössere Epileptikercolonie lässt sich leicht vorübergehende Hospitalisirung und poliklinische Behandlung Epileptischer anschliessen.

Als weiteren wesentlichen Punkt betont Ref. die Möglichkeit, ja Zweckmässigkeit, die Fürsorge für Epileptische mit derjenigen für Idioten zu vereinigen, wie ja in den bestehenden grösseren Epileptiker- und Idioten-Anstalten thatsächlich beide Krankenkategorien zusammen verpflegt werden. Die gegen diesen Modus vorgebrachten Einwände von der Gefahr, die einerseits den Idioten durch den Anblick von Epileptischen, andererseits Epileptischen durch den Verkehr mit Schwachsinnigen drohe, sind nicht stichhaltig. Der grosse Vortheil einer combinirten Verpflegung liegt darin, dass der ganze ärztliche Lehr- und Verwaltungsapparat für beide Krankenkategorien gemeinsam sein kann, dass desshalb grössere staatliche Verbände sich eher zur Errichtung derselben entschliessen werden, dass sich ferner dieser Modus leicht an die bereits vorhandenen Anstalten anschliessen lässt.

Irre und verblödete Epileptische könnten mit blödsinnigen arbeitsunfähigen Idioten in einer gemeinsamen Irrenanstalt untergebracht werden; ebenso könnte das Oekonomiegebäude und das Haus für gewerblich thätige Kranke beider Kategorien gemeinsam sein; dagegen wären schulpflichtige Epileptische und Idioten in besonderen Gebäuden unterzubringen.

Zu einer systematischen gründlichen Fürsorge auf diesem Gebiete wird private Wohlthätigkeit nicht genügen; nur grössere staatliche Verbände werden solche grosse Anstalten ins Leben rufen und auf die Dauer erhalten können.

Was die Frage der Leitung dieser Asyle betrifft, so muss als absolut nöthiges Postulat aufgestellt werden, dass dieselbe ganz in der gleichen Weise in ärztliche Hände gelegt wird, wie in Irrenanstalten — nur dann wird den Anforderungen der Humanität und der Wissenschaft, welche auf diesem Gebiete zu erfüllen sind, in vollem Umfange genügt werden. (Autoreferat.)

605) Landgerichtsrath Dr. **Roller** (Constanz): Trunksucht mit Bezug auf Zurechnungsfähigkeit.

Bei den verheerenden Folgen der weit verbreiteten Trunkfälligkeit für das Wohl des Einzelnen, der Familie, Gemeinde und des ganzen Volkes in wirthschaftlicher, socialer und ethischer Beziehung bedarf die Nothwendigkeit der Ergreifung staatlicher Maassregeln wider sie keiner weiteren Begründung mehr. Mag insbesondere das Verhältniss zwischen Trunkfälligkeit und Delicten nicht immer ein unmittelbar ursächliches sein, die Trunkfälligkeit verschlimmert jedenfalls die anderen socialen Ursachen. Trunksucht ist ein habitueller Zustand. Repressivmaassregeln können es nur mit einer einzelnen verbotenen Handlung oder Unterlassung zu thun haben. Sie richten sich also nicht gegen die Trunksucht selbst, sondern gegen ihre Einzeläusserungen, so dass also zu fragen ist: 1. Schliesst die Trunksucht bei einem objectiv vorhandenen Delicte die strafrechtliche Verantwortlichkeit aus? bejahenden Falles, aus welchen Gründen? — und beeinflusst die Trunkfälligkeit im mindernden oder erhöhenden, mildernden oder schärfenden Grade die Strafzumessung?

2. Kann Trunkenheit ein selbständiges Reat bilden?

Die Gesetzgebung der europäischen Länder geht in dieser Richtung vom kanonischen Rechte aus. Sie folgt einer milderen Auffassung in Deutschland, einer strengeren in den romanischen Ländern. England nimmt eine isolirte Stellung ein. In Deutschland ist jetzt der § 51 R. St. G. B. dessfalls maassgebend. Das Reichsgericht hat in einem Urtheile vom 23. October 1890 ausgesprochen, dass die Zurechnungsfähigkeit des Handelnden die Voraussetzung jeder Schuld ist, dass diese also wie jedes andere Thatbestandsmerkmal dem Angeklagten nachgewiesen werden muss.

Damit hat das Reichsgericht den relativen Standpunkt des englischen Rechts als für deutsche Rechtsgebahrung nicht geltend abgelehnt, dass der Vertheidiger die Geisteskrankheit seines Klienten nachzuweisen hätte. Unter Bewusstlosigkeit versteht das Gesetz jeden geistigen Zustand, in dem das Bewusstsein die nöthige Continuität verloren hat; unter krankhafter Störung der Geistesthätigkeit einen solchen, in dem es dem Willen nicht möglich ist, Bewegungen zu hemmen, die aus Reflex oder instinctiver Begehrung anzufangen und abzulaufen drohen. In einem solchen Falle ist keine strafrechtliche Verantwortlichkeit für ein objectiv gegebenes Reat vorhanden. Als das beste Kriterium des bewusstlosen Rausches erscheint die Erinnerungslosigkeit, wenn auch in dieser Beziehung gerade grosse Schwierigkeiten für die Praxis erwachsen.

Was nun die Gewohnheitstrinker anbetrifft, die ein Reat begehen, und auf die § 51 R. St. G. B. nicht zutrifft, so kann trotz ihrer krankhaften geistigen Beschaffenheit, wie sie die Nürnberger Resolution vom Jahre 1877 ausspricht, von Freisprechung nicht die Rede sein. Es wäre gut, wenn man die hierher gehörigen Fälle des § 51 R. St. G. B. unter der Bezeichnung „Trunksucht“, die andere unter „Trunkfälligkeit“ (nach dem Vorgange von Clarus' Beiträgen zur Erkenntniss und Beurtheilung zweifelhafter Seelenzustände, erschienen im Jahre 1828) zusammenfassen könnte. Allein der Sprachgebrauch ist einmal anders, und das pathologische Moment in den Fällen von Trunkfälligkeit macht sich in rechtspolizeilicher Beziehung geltend, wesshalb die von Magnus Huss eingeführte Bezeichnung von Trunksucht (Alcoholismus chronicus) sich eben auch allgemein empfiehlt. In derartigen Fällen von Reaten von Gewohnheitstrinkern kommt also nicht die Verneinung der Schuld, sondern nur die Frage, ob dem Gewohnheitstrinker seiner Trunksucht wegen eine mildere Strafe treffen soll oder nicht, in Betracht. Trunksucht ist an sich selbstverständlich kein mildernder Umstand. Eine Gesetzesbestimmung aber, die dies ausspräche, führte in vielen Fällen desshalb zu Härten, weil oft in den einzelnen Fällen die Trunksucht nicht allein, sondern, von ihr ungeschieden, andere Factoren, der Leidenschaft u. s. w., zu berücksichtigen sind. Aus dem gleichen Grunde rechtfertigt sich auch nicht hinsichtlich der verschiedenen Abstufungen der Angetrunkenheit eine Gesetzesbestimmung, die verböte, auf sie, als die Strafe mildernd, Rücksicht zu nehmen.

Der neue Trunksuchtsgesetzentwurf lässt nun eine Bestimmung vermissen, die dringend geboten erscheint. Das Sichversetzen in Betrunkenheit vermehrt die Möglichkeit der Begehung eines Reates. Das ist eine allgemein bekannte Erfahrungsthatsache. Liegt also in dem Betrinken objectiv eine Gefahr für die Allgemeinheit, so liegt in der Entziehung der Möglichkeit der Ueberlegung subjectiv eine Fahrlässigkeit. Wird ein Delict dann be-

gangen, so ergiebt sich in dem Sichbetrinken ein delictum sui generis, ein selbständiges Fahrlässigkeitsdelict, das unter Strafe zu stellen ist.

Weiter aber kommt in Betracht, dass man sich dem Trunksuchtsgesetzentwurfe gegenüber weder auf den Standpunkt der Trinker, noch auf den der Wirthe stellen darf. Die öffentlich zu Tage tretende Trunkenheit muss also bestraft werden können. Im Einzelnen lässt sich in dieser Hinsicht Manches anders gestalten, so dass der Willkür oder dem Ermessen der Polizeiorgane kein so grosser Spielraum eingeräumt zu werden braucht. Der § 360 Ziffer 11 R. St. G. B. (groben Unfug betreffend) genügt nicht, weil nicht bloss die vorsätzliche, sondern auch die fahrlässig öffentlich auftretende Trunkenheit zu bestrafen ist; weil ohne besondere Bestimmung die Polizeiorgane schwerlich eine Strafgesetzbestimmung auf Trunkenheit (allein) anwenden würden, und weil eine eigen gestaltete Uebertretung insofern vorliegt, als Verübung in Kirchen u. s. w. ausdrücklich strenger mit Strafe zu bedrohen ist.

Handelt es sich hier um Repressivmaassregeln, so kommt wegen der Gewohnheitstrinker die erheblich wichtigere prophylaktische Maassregel der Verbringung in ein Trinkerasyl in Frage. Seither konnte auf Trunksucht, welche derart war, dass der Trunkenbold zu seiner Angehörigen Ernährung fremde Hilfe durch Vermittelung der Behörde in Anspruch nehmen musste (§ 361 Ziffer 5 R. St. G. B.), die nach § 362 R. St. G. B. zulässige Verbringung in das Arbeitshaus erfolgen. Es hat sich aber ergeben, dass dadurch eine Brechung des Trinkerhanges nicht möglich war. Man hat daher den Weg der Heilung jetzt eingeschlagen. Nun unterliegt das Recht des Staates, strafend gegen öffentliche Trunkenheit einzuschreiten, keinem Bedenken, da entweder eine mögliche Gefährdung öffentlicher Sicherheit, oder eine Verletzung des Rechts der Gesellschaft auf öffentlichen Anstand vorliegt. Ebenso verhält es sich im Falle des § 361 Ziffer 5 R. St. G. B.; denn hier tritt die Kehrseite des der socialen Gesetzgebung zu Grunde liegenden Gedankens hervor. Der öffentlich rechtlichen Befugniss correspondirt die Pflicht, Andern nicht zur Last zu fallen, wenn man es durch eigene Arbeit abwenden kann. Da es nun für die Gesammtheit eminent wichtig ist, dass dies nicht geschehe, so hat der Staat auch das Recht, Leute, die mehr oder minder willenlos wurden, durch Herbeiführung von Heilung zu nützlichen Gliedern der Gesellschaft wieder zu stempeln. Diese letztere Thätigkeit ist aber keine strafrichterliche mehr, darf also auch nicht, wie die §§ 18 Abs. 2, 20 und 21 des Trunksuchtsgesetzentwurfs es wollen, im Wege eines Strafurtheils erfolgen. Dafür muss aber der Rückfall (die nochmalige Verübung trotz vorausgegangener Strafe) besonders, und zwar schärfer mit Strafe bedroht werden, was im Gesetzentwurf fehlt. Die Verjährung des Rückfalles könnte nach Monaten bemessen werden.

Dass die Trinkerasyle (zunächst private, aber mit öffentlichen Zuschüssen bedachte) unter ärztlicher Leitung stehen müssen, unterliegt bei der pathologischen Natur der Trunksucht keinem Zweifel. Den Landesregierungen und dem Reichsgesundheitsamte müssen Aufsichtsbefugnisse eingeräumt werden. Die durch die Trunksucht bedingte Unselbständigkeit des Trunkenboldes, die Schädigung des Familienlebens, insbesondere der Erziehung der Kinder, rechtfertigt die Zulassung der Entmündigung wegen Trunksucht. Die in der Praxis lediglich die vermögensrechtliche Seite berücksichtigende Entmündigung wegen Verschwendung genügt also nicht. In dem Zustande der Trunk-

sucht liegt eine geistige Schwäche vor, die eine Erfüllung der staatlichen Pflichten nicht mehr in ausreichendem Maasse gestattet. Desshalb ist Entmündigung, auch ohne dass ausgesprochene Geisteskrankheit vorläge, dann gestattet, wenn dadurch eine Gefahr für den Trunkenbold oder das Wohl seiner Angehörigen gegeben ist. Die Bestimmungen der P.O. haben mit der Maassgabe Anwendung zu finden, dass die Zuziehung von ärztlichen Sachverständigen obligatorisch ist. Uebrigens liesse sich die Anwendung des Officialprincips rechtfertigen statt des jetzigen Antragsprincips. Der Trunksuchtsgesetzentwurf lässt Trinkschulden nicht klagbar sein. Auch in Bezug auf Verträge sollte die Auflösung durch den nachmals aufgestellten Vormund dann beansprucht werden können, wenn der Gegentheil von der Trunksucht Kenntniss hatte, sie benützte, und wenn der Vertragsabschluss den Trunkenbold schädigte. Wegen des Verhaltens des Gegencontrahenten kommt es nicht allein auf die Frage an, ob Einwilligung beider Theile vorhanden war, sondern auch darauf, wie sie zu Stande kam. Der Satz: „Wer närrisch kauft, muss weislich bezahlen“ schlägt also nicht durch. Anders bei der Entschädigungspflicht. Hier ist keine Strafe, sondern eine Reparationsverbindlichkeit in Frage. Der deutsche Grundsatz, dass es natürlicher ist, dass der das Unglück trage, durch dessen Person es sich ereignet, als der dadurch Betroffene, ist richtiger als der umgekehrte romanische.

Das Gesagte lässt sich in folgende Thesen zusammenfassen:

1) Eine in der Trunksucht sich äussernde Psychose und eine mit Bewusstseinsstörung verbundene Trunkenheit macht unzurechnungsfähig.

2) Gewohnheitsmässiges Trinken schliesst an sich die Strafe nicht aus·

3) Die Angetrunkenheit geringeren oder stärkeren Grades bildet keinen mildernden Umstand; dagegen verdienen in ihr sich äussernde konstitutionelle oder prädisponirende Momente Berücksichtigung.

4) Die in dem Reichsgesetzentwurfe gegebene Möglichkeit der Verbringung eines Gewohnheitstrinkers in ein Trinkerasyl, seiner Entmündigung und die Einführung einer auf öffentliche Trunkenheit bezüglichen Strafbestimmung sind zu begrüssen.

5) Die Möglichkeit der Verbringung in ein Trinkerasyl ist nicht als Nebenstrafe durch richterliches Erkenntniss auszusprechen; dagegen ist die Thatsache, dass es sich um einen Gewohnheitstrinker handelt, in den Entscheidungsgründen festzustellen. Das Weitere hat die Staatsbehörde zu veranlassen. Die Möglichkeit der Verbringung ist aber bei allen Verurtheilungen wegen aller von Gewohnheitstrinkern begangenen Reate zuzulassen.

6) In das Gesetz ist eine Bestimmung aufzunehmen, die fahrlässiges Sichversetzen in Trunkenheit, in der ein Reat verübt wird, unter Strafe stellt.

7) An die Stelle der gegen Gewohnheitstrinker gedrohten Haftstrafe sollten Bestimmungen gegen Rückfällige treten.

8) Trinkerasyle sind nur nach einem regierungsseitig genehmigten Statute zu errichten, nur von einem approbirten Arzte zu leiten und jährlichen Prüfungen zu unterziehen. Dem Reichsgesundheitsamte ist das Recht periodischer Prüfungen einzuräumen, und es sind an dieses neben dem Statute des Asyls auch jährlich die statistischen Erhebungen einzureichen.

(Autoreferat.)

606) **Meschede**: Kritik einiger das Entmündigungswesen betreffenden Bestimmungen des Entwurfs eines Bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich.

Infolge Bundesrathsbeschlusses vom 31. Januar 1888 ist der Entwurf eines „Bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich“ mit der Aufforderung veröffentlicht worden, dass von Seiten der Vertreter wirthschaftlicher Interessen von diesem Entwurf Kenntniss genommen und auch Urtheile und Vorschläge behufs Verwerthung bei weiterer Beschlussfassung mitgetheilt werden möchten.

Da nun bereits die zweite Lesung dieses Entwurfs begonnen hat, hält der Vortragende es für zeitgemäss, auf die schweren Bedenken, welche gegen diesen Entwurf vom Standpunkte der forensischen Psychiatrie erhoben werden mussten, auch an dieser Stelle aufmerksam zu machen.

Zu Bedenken geben ihm namentlich die Bestimmungen Veranlassung, welche sich auf die Entmündigung und die Ehescheidung beziehen; bei der Kürze der Zeit will sich Vortragender jedoch darauf beschränken, die das Entmündigungswesen betreffenden Paragraphen in Betracht zu ziehen:

Bekanntlich sind die für den grössten Theil des preussischen Staates hauptsächlich massgebenden §§ 27 und 28 des Allgem. Preuss. Landrechts Th. I, Tit. 1 vielfach von ärztlicher Seite bemängelt worden, einerseits weil die in diesen Paragraphen gegebenen Definitionen von Wahnsinn[1]) und Blödsinn[2]) mit der wissenschaftlichen Nomenclatur nicht in Einklang zu bringen seien, andererseits weil in vielen Fällen der stricte Nachweis, dass dem Betreffenden das Vermögen, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen, ermangele, nicht zu führen sei.

Der neue Entwurf scheint in seinem § 28 diesen Bemängelungen Rechnung getragen zu haben, insofern er sowohl von jeder Definition, als auch von Unterscheidung zweier Grade absieht. Der betreffende Paragraph lautet nämlich:

„Eine Person, welche des Vernunftgebrauchs beraubt ist, kann wegen Geisteskrankheit entmündigt werden.“

„Hört der im ersten Absatz bezeichnete Zustand auf, so ist die Entmündigung wieder aufzuheben.“

Es ist also das Kriterium des Blödsinns im landrechtlichen Sinne ganz fallen gelassen und nur die Beraubung des Vernunftgebrauchs beibehalten, allerdings unter Wegfall des Beiwortes „gänzlich“. — Die neue Fassung kann aber in keiner Weise als eine Verbesserung anerkannt, muss vielmehr in mehr als einer Beziehung als verfehlt bezeichnet werden.

Zunächst erscheint schon die Satzconstruction nicht correct. Logischer Weise müsste es doch heissen: „Personen, welche geisteskrank sind, können wegen dadurch bedingter Vernunftgebrauchsberaubung entmündigt werden“; nicht aber darf es heissen „Vernunftgebrauchsberaubte können wegen Geisteskrankheit entmündigt werden“; denn die Entmündigung erfolgt doch

---

[1]) § 27: „Rasende und Wahnsinnige heissen diejenigen, welche des Gebrauchs ihrer Vernunft gänzlich beraubt sind.“

[2]) § 28: „Menschen, welchen das Vermögen, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen ermangelt, werden blödsinnig genannt.“

nicht eigentlich wegen der Krankheit als solcher, sondern doch wegen der dadurch bedingten Beraubung des Vernunftgebrauchs: wegen seiner Krankheit wird der Betreffende ärztlich behandelt, entmündigt aber wegen seiner Dispositionsunfähigkeit. Es fällt ja der Begriff der Vernunftgebrauchsberaubung keineswegs immer mit demjenigen der Geisteskrankheit zusammen; vielmehr giebt es ausser den eigentlichen Geisteskrankheiten auch noch andere Momente, durch welche eine Person des Gebrauchs ihrer Vernunft beraubt werden kann (wie z. B. Intoxicationen, Hirndruck, mechanische Behinderung, Hypnose). Nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfs würden nun aber alle durch solche Momente in den Zustand der Vernunftgebrauchsberaubung versetzte Personen „wegen Geisteskrankheit“ entmündigt werden können — obschon sie gar nicht geisteskrank sind!

Sodann aber muss auch die exclusive Aufstellung des Zustandes der Vernunftgebrauchsberaubung als einzigen zur Entmündigung berechtigten Kriteriums beanstandet werden; — und zwar — wie auch bereits von Mendel besonders ausgeführt worden ist — weil dieses Kriterium „der Vernunftgebrauchsberaubung“ nur für einen kleinen Theil der der Vormundschaft bedürftigen Geisteskranken zutreffend ist — und weil in Folge dessen viele unzweifelhaft der Entmündigung bedürfende Geisteskranke nicht würden entmündigt werden können, somit den durch die Entmündigung gewährleisteten Rechtsschutz würden entbehren müssen, falls der qu. Entwurf Gesetzeskraft enthielte.

Erfahrungsgemäss steht fest, dass der überwiegend grössere Theil der zu Entmündigenden, soweit sie dem Gebiete des Preuss. Landrechts angehören, der Kategorie der im landrechtlichen Sinne „Blödsinnigen“ zugezählt wird, weil der Nachweis „gänzlicher Vernunftberaubung“ nur für die Minderzahl zutrifft.

Wenn nun im Entwurfe auch das Wort „gänzlich“ weggelassen ist — so lässt doch die Anwendung des Ausdrucks „des Vernunftgebrauchs beraubt“ ohne jeden limitirenden oder determinirenden Zusatz keine andere Deutung zu als die einer gänzlichen Vernunftgebrauchsberaubung: Wessen man beraubt ist, das hat man eben nicht mehr — auch theilweise nicht mehr; denn, wenn man dasselbe zum Theil noch hätte, so wäre man dessen ja nicht schlechtweg beraubt, sondern hätte nur eine Beeinträchtigung des Besitzes erfahren, könnte nur von einer theilweise erfolgten Beraubung sprechen.

Der in Rede stehende Paragraph genügt also weder den Anforderungen der Logik noch den Bedürfnissen der praktischen Rechtspflege, und würde es sich, so lange keine besseren Vorschläge sich darbieten, am ehesten noch empfehlen, in den beiden Paragraphen des Landrechts die in gewissem Widerspruch mit der wissenschaftlichen Nomenclatur sich befindenden Ausdrücke „Wahnsinn“ und „Blödsinn“ einfach wegzulassen, im Uebrigen aber die beiden ganz zweckmässig definirten Kriterien der Dispositionsunfähigkeit beizubehalten, da durch dieselben in ebenso scharfer als leicht verständlicher Weise die Zustände geistiger Unzulänglichkeit, welche die Entmündigung erfordern, zum Ausdruck kommen, und weil es dem praktischen Bedürfniss entspricht, die ganz besonders schweren Fälle von Geistesstörung auch juridisch abzugrenzen und für dieselben besondere Merkmale zu statuiren. Dieses Bedürfniss macht sich besonders bei der Rechtsprechung

in Ehescheidungssachen geltend, da nach bisher gültigem Gesetz Geistesstörung nur dann ein Ehescheidungsgrund ist, wenn sie eine gänzliche Beraubung des Vernunftgebrauchs bedingt und unheilbar ist; freilich fällt dieser Grund ja für den Entwurf von selbst weg; denn er hat auch auf dem Gebiete der Ehescheidung Tabula rasa gemacht und Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund überhaupt gestrichen — ebenfalls eine Neuerung, welche vom psychiatrischen Standpunkte Bedenken erregen muss, auf welche hier aber nicht näher eingegangen werden kann.

Der § 28 des qu. Entwurfs ist aber auch in seinem zweiten Alinea zu beanstanden, und zwar sowohl stilistisch als inhaltlich: stilistisch, insofern es ganz unmotivirt erscheint, Etwas auf dem Umwege der Umschreibung durch sechs Worte anzudeuten, was man viel bestimmter und präciser mit einem einzigen oder mit zwei Worten sagen kann — ganz abgesehen noch davon, dass in dieser Umschreibung: „der im ersten Absatz bezeichnete Zustand“ — der Ausdruck „erster Absatz“ ohne jede Determination nicht präcise genug erscheint; inhaltlich, insofern der „im ersen Absatz bezeichnete Zustand“ (d. i. die Geisteskrankheit) ja auch durch den Tod „aufhören“ kann, nach dem Wortlaut des Entwurfsparagraphen sonach auch in diesen Fällen jedesmal wieder besonders aufgehoben werden müsste! Um wie viel klarer, präciser und zutreffender ist der analoge Paragraph des Allg. Preuss. Landrechts, der § 815, welcher lautet: „Die Vormundschaft über Rasende, Wahnsinnige und Blödsinige muss aufgehoben werden, wenn dieselben zum völlig freien Gebrauche ihres Verstandes wieder gelangt sind.“

Grund zur Beanstandung geben auch die Bestimmungen des § 1739 des Entwurfs — welcher die Bestellung einer Pflegschaft in gewissen Fällen vorsieht — beziehungsweise der in den diesen Paragraphen erläuternden Motiven befindliche Ausspruch: „Dass blosse Geistesschwäche die natürliche Geschäftsfähigkeit nicht ausschliesse und daher keinen Grund zur Entmündigung abgebe.“

Der Ausdruck „Geistesschwäche“ ist ja ein sehr dehnbarer, und es kann daher zwar zugegeben werden, dass für einen Theil der in den Kreis dieses Begriffs fallenden Personen, nämlich für die die leichtesten Formen von Geistesschwäche darbietenden, d. h. für „schwach beanlagte“ Personen eine „Entmündigung“ entbehrlich und lediglich eine „Pflegschaft“ erforderlich sein kann; andererseits muss aber betont werden, dass unter den Begriff Geistesschwäche nicht allein leichte, sondern auch schwere Formen zu subsumiren sind, nicht allein die bloss schwach beanlagten Personen, sondern auch wirklich „Blödsinnige“ und „Imbecille“, und dass für diese eine Pflegschaft nicht genügenden Rechtsschutz gewähren würde (weil die Pflegschaft nicht ausschliesst, dass die Blödsinnigen eigenmächtig Dispositionen treffen), diese vielmehr einer Vormundschaft dringend bedürfen. Wie es scheint, soll durch den Terminus „blosse Geistesschwäche“ der Umfang des Begriffs „Geistesschwäche“ in der Richtung limitirt werden, dass die schweren Fälle von Geistesschwäche hierunter nicht verstanden sein sollen; indess genügt der gewählte Ausdruck hierzu nicht, da es erfahrungsgemäss auch Fälle „blosser Geistesschwäche giebt, welche jede Dispositionsfähigkeit ausschliessen. — (Autoreferat.)

607) **Moeli**: Ueber Syphilis des Nervensystems.

Der Vortragende bespricht mehrere mit Herrn Marinesco untersuchte Fälle von Syphilis des Centralnervensystems — in welchen sämmtlich Lähmung des Oculomotorius, jedoch auf sehr verschiedener pathologischer Grundlage: Tumor d. Art. cerb. post., einfache Infiltration und Degeneration des Nervenstammes theils ohne, theils mit meningitischen Verwachsungen bestand. Dazu traten in einzelnen der Fälle gummöse Erkrankungen von der Brücke bis zum Rückenmark neben Veränderungen der Gefässe und der Häute, welche keine charakteristischen Merkmale darboten. Manchmal schienen sich weitere Herde, besonders in den secundär degenerirten Partien, jedoch nicht ununterbrochen zu entwickeln. — In einem der Fälle fand sich ausser einem Gumma der Hinterstränge eine deutliche Abnahme der Fasern des centralen Höhlengrau's besonders über den Hypoglossuskernen und eine Faserverminderung in dem medianen Theile der Hirnschenkel, sowie ein leichter Schwund der superradiären, bezw. der tangentialen Fasern in der Central- und der Broca'schen Windung; Nerven frei. Klinisch hatte der Kranke keineswegs Erscheinungen von Paralyse, dagegen in so ausgesprochener Weise die bei Polyneuritis vorkommenden psychischen Symptome dargeboten, dass man für die hervorgetretenen Parästhesien, Schmerzen etc. der Beine, an eine Erkrankung der peripherischen Nerven als Grundlage dachte.

In einem vierten Falle lag ein kleiner Erweichungsherd im Pons vor, dessen Ursprung nach dem anatomischen Bilde nicht mit voller Sicherheit auf Syphilis zurückgeführt werden konnte. Dabei Degeneration des Fasernetzes um eine Olive und der fibr. arcuatae int. der anderen Seite.

608) **Marinesco** gab folgende kurze Uebersicht über seine mikroskopischen Untersuchungen:

1) Die Veränderungen der Gefässe, welche man bei Syphilitischen findet, haben zum Theil einen entzündlichen Charakter und gehören der von Heubner beschriebenen Gefässerkrankung an; nur zum Theil zeigen sie einen degenerativen Charakter und bestehen in einer hyalinen Verdickung der Gefässwand mit theilweiser Obliteration des Lumens.

2) Die Veränderungen des Nervengewebes rühren bald von durch Gefässveränderungen bedingten Circulationsstörungen her, bald werden sie direct durch das syphilitische Gift erzeugt. — Erstere sind secundäre, letztere primäre Störungen.

3) Die primären Störungen finden sich selten in den Goll'schen Strängen allein. Meist ergreifen sie die ganzen Hinterstränge, und zuerst treten sie in der von Charcot und Flechsig beschriebenen Reihenfolge auf, welche mit der Entwickelungsgeschichte der Hinterstränge im Zusammenhange steht.

4) Diese Form der syphilitischen Tabes hat nichts Besonderes und ist rein degenerativ. Andere Gifte allein oder mit dem syphilitischen zusammen können sie ebensogut hervorbringen. Man könnte toxische Formen der Tabes annehmen, von denen die syphilitische die häufigste wäre.

5) Es ist wahrscheinlich, dass die Degeneration der Nervenfasern auf einer primären Störung der Nervencentren beruht. Es ist zwar noch nicht für die Tabes direct nachgewiesen; man kann es aber aus dem Vergleich mit der Wirkung einzelner Gifte erschliessen, von denen bekannt ist, dass

sie zuerst nur die Ganglien treffen, worauf dann die Nervenfasern secundär degeneriren müssen.

6) Ausser der degenerativen giebt es anatomisch noch eine hyperplastische Form der syphilitischen Tabes (Pseudo-Tabes, Myélite syphilitique), deren Verlauf verschieden ist und deren Ausgang in Genesung vorkommen kann, wie die neueren französischen Arbeiten beweisen.

609) **Benno** (Karlsfeld) demonstrirte ein Kehlkopfpräparat von einem Paralytiker, der an schwerer Lues gelitten hatte, nach $4^1/_4$jähriger Krankheitsdauer an epileptischen Anfällen gestorben war. Im Demenzstadium wurde eine, in wenigen Stunden entstandene prall-elastische Geschwulst von Kastaniengrösse vorn am Halse auf dem Schildknorpel, etwas links von der Mittellinie beobachtet, welche nach fünf Tagen verschwand und eine höckerige Unebenheit zurückliess. Sie trat in gleicher Höhe nach sechs Monaten wieder auf, erreichte die Grösse eines kleinen Apfels und bildete sich spontan in sechs Tagen wieder zurück.

Nach weiteren vier Monaten abermalige Anschwellung nach rechts deutlich abgegrenzt.

Nach einigen Tagen entzündliche Röthe, Fluctuation, Incision. Es fand sich eine Abscesshöhle mit stinkendem Eiter, welche mit dem Larynxinnern communicirte. Anfängliche Suffocationserscheinungen verschwanden. Es bildete sich eine Fistel am ligamentum conicum, welche später spontan verheilte. Patient vermochte sich nur noch in heiserem Flüsterton verständlich zu machen. — Die den Schildknorpel bedeckenden Gewebe waren intact. Der Knorpel zeigt rechtsseitig einen vom Perichondrium entblössten Defect von 6 mm Durchmesser mit wallartig erhöhtem Rande, dessen unterer Theil mit dem Ringknorpel eine knöcherne Verwachsung eingegangen ist. In der Umgebung dieser trichterförmigen, in die Tiefe dringenden Grube findet sich der Schildknorpel verdeckt, höckerig und rauh.

Das Kehlkopfinnere zeigte nur eine Schwellung des Schleimhautüberzuges.

Es handelt sich offenbar um ein Hämatom am Schildknorpel, dessen traumatischer Ursprung zweifellos ist. Der Kranke hatte monatelang die Gewohnheit, mit beiden Händen sich den Hals zu umfassen, so dass man oft den Eindruck der Fingerspitzen und Nägel seitlich am Halse sehen konnte.

Er musste, als die Geschwulst sich gebildet hatte, an der Fortsetzung dieses Gebahrens häufig gehindert werden.

Man könnte noch an einen syphilitischen Prozess denken, doch spricht ausser der für Hämatom charakteristischen periodischen Wiederholung dagegen die völlige Unversehrtheit der den Knorpel an der afficirten Stelle bedeckenden Gewebe. (Autoreferat.)

610) **Binswanger**: Demonstrationen zur pathologischen Anatomie der allgemeinen progressiven Paralyse.

Die nachweislich mit Syphilis complicirten Fälle von progressiver Paralyse unterscheiden sich in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen in nichts von denjenigen Fällen, bei welchen der Verdacht auf eine stattgehabte syphilitische Infection ausgeschlossen werden kann. Es giebt also keine besondere „syphilitische“ Paralyse mit eigenartigen körperlichen und

geistigen Symptomen. Vom ätiologischen Standpunkte aus hat also die Syphilis zwar eine sehr bedeutende, aber anderen Schädlichkeiten bezüglich der Wirkung nur gleichwertige Rolle. Der Vortragende demonstrirte Präparate von einem 30jährigen Paralytiker, welcher 4 Jahre vor dem durch Paralyse bedingten exitus letalis syphilitisch geworden war und verschiedene syphilitische Affectionen durchgemacht hatte. Es fanden sich nirgends im Gehirn Zeichen eines specifischen Krankheitsprocesses.

Der bedeutendste anatomische Befund bestand in Resten von Blutungen in die Gefässscheiden, was die Auffassung bestätigt, dass die primären Veränderungen der Hirnrinde bei dem paralytischen Process die verschiedensten sein können. Allerdings giebt es eine kleine Gruppe von Beobachtungen, in welchen ausser den Veränderungen der allgemeinen progressiven Paralyse specifische gummöse oder arteritische Krankheitsprocesse vorhanden sind.

So fand der Vortragende bei einem Paralytiker eine syphilitische Neubildung am rechten Oculomotorius, bei einem andern eine syphilitische Neubildung auf der rechten Seite der Falx und eine Wandverdickung der Basilararterie, wahrscheinlich ebenfalls syphilitischer Natur.

611) **Siemerling** (Berlin): Neue Beiträge zur Ophthalmoplegia chronica progressiva.

Nach Darstellung der genaueren Architektonik des Oculomotoriuskerns beschreibt S. einen Fall von linksseitiger congenitaler Ptosis bei einem Paralytiker. Abgesehen von der linksseitigen Ptosis waren alle Augenbewegungen frei. Es zeigte sich Degeneration des ventralen und dorsalen Oculomotoriushauptkerns im vorderen Theil durch eine Reihe von ca. 15 Schnitten beiderseits. Der distale Theil war normal, ebenso die Westphal'schen Kerne. Die austretenden Fasern waren links etwas dünner, der linke Oculomotoriusstamm wies eine partielle Atrophie auf. Die Lage der Degeneration stimmt mit der bisherigen Annahme über die specielle Function der einzelnen Theile des Oculomotoriuskerns überein; sehr auffällig ist jedoch die Doppelseitigkeit des Befundes.

612) **Fries** (Nietleben) sprach über einen Fall von hystero-hypnotischen Zuständen nach Trauma bei einem 24jährigen Locomotivheizer. Drei bis vier Wochen nach der Verwundung (5 cm lange Wunde über der rechten Augenbraue, per primam geheilt) traten Anfälle ein, in denen er plötzlich auf einen Punkt stierte und sinnlose Bewegungen vollführte. Hinterher bestand völlige Amnesie. Während der Alienationen war er sehr suggestibel. Es wurde durch Excision und gleichzeitige Suggestion von der unfehlbaren Wirkung des Eingriffes Heilung erzielt.

Ferner demonstrirte F. am Gehirn eines Epileptikers, welcher ganz verblödet gestorben war, ein Convolut varicöser Venen, welches in dem Bereich der motorischen Region links sass, und deutete dabei den Zusammenhang der Epilepsie mit Anomalien des Circulationssystems an. Sommer.

# III. Referate

## aus Vereins- und Versammlungs-Berichten.

### Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

X. Sitzung vom 21. März 1891.

613) **Julius Donáth**: Ein Fall von traumatischer Neurose. (Monoplegia hysterica) Krankenvorstellung.

Der Fall hat nicht nur in klinischer Hinsicht eine Bedeutung, sondern beansprucht auch wegen der an selben sich knüpfenden juridischen Fragen — speciell in Bezug auf Schadenersatz und Unfallversicherung — die volle Aufmerksamkeit des praktischen Arztes.

Sz. J., 45jähriger Steinmetz, fiel voriges Jahr am 16. December sammt dem Aufzugsschlitten, dessen Riemen abglitt, vom fünften Stockwerk ins Parterre. Während des Hin- und Herwerfens schlug er mit seinem Kopf an einen Balken und verlor die Besinnung. Die Untersuchung constatirte mehrfache Weichtheilscontusionen, und zwar am linken Parietalknochen (processus mastoïdes) und linkem Augenlid, so auch im unteren Drittel des rechten Unterschenkels. Der Kranke konnte die rechte obere Extremität kaum und nur mit Schmerzen bewegen und war nicht im Stande, den Kopf nach vorwärts zu neigen. Als Vortragender den Kranken zu Gesicht bekam, waren die Contusionen geheilt, doch persistirten trotz angewandter Massage die Bewegungsstörungen. Stat. praesens: Der neuropathisch nicht belastete, gut entwickelte, kräftig gebaute Kranke kann nur mit grosser Anstrengung seine rechte obere Gliedmaasse erheben. Die activen Bewegungen sind sehr beschränkt und in hohem Grade schmerzhaft, besonders in Schulter und Handwurzelgelenk. Die Druckkraft der rechten Hand beträgt 5, die der linken 40 Kilogramm. Der rechtsseitige Unterarm und die gleichseitige Hand sind cyanotisch und zugleich kühler anzugreifen als die linksseitige. Das active Vor- und Rückwärtsneigen des Kopfes ist beschränkt und besteht gleichzeitig lebhafte Schmerzhaftigkeit in den unteren Halswirbeln. Die passiven und Lateralbewegungen des Hauptes sind frei.

Die tactile Schmerz- und Temperaturempfindung ist entlang der ganzen rechten oberen Extremität erloschen, so auch auf der entsprechenden Thoraxhälfte, an welcher die anästhetische Zone durch eine westenartige Linie begrenzt wird, welche vorne an der Mittellinie des Halses und Sternum herablaufend, entlang dem Bogen der rechten achten Rippe weiterschreitet und in der Axillarlinie schief am Rücken nach aufwärts — die ganze rechtsseitige Scapulargegend umfassend — zu den unteren Halswirbeln emporsteigt.

Einen geringeren Grad von Anästhesie zeigt weiterhin die rechte Kopfhälfte und die gleichseitige untere Gliedmaasse, und zwar vom mittleren Drittel des Unterschenkels nach abwärts.

Nadelstiche werden von beiden Conjunctiven kaum gefühlt. Das Gesichtsfeld ist beiderseitig beschränkt, besonders aber links; das Hörvermögen ist auf beiden Ohren herabgesetzt. Das Geruchs- und Geschmacks-

vermögen ist rechts auffallend stark vermindert. Die rechte Zungenhälfte, und zwar sowohl der vordere als auch der hintere Abschnitt, der weiche und der harte Gaumen, und die rechte Pharynxhälfte sind anästhetisch und analgetisch.

Auf Druck sind die fünf bis sieben Hals- und der erste Brustwirbel, speciell die Dornfortsätze derselben, die ganze rechte obere Extremität und die entsprechende Thoraxhälfte schmerzhaft. Die Nervenmuskelerregbarkeit, sowohl die galvanische als auch die faradische, ist auf der rechten oberen Gliedmaasse herabgesetzt.

Gedächtnissschwäche, besonders für Jüngstvergangenes, ist seit dem Unfall vom Kranken selbst angegeben worden. Sonstige psychische Anomalie besteht nicht.

Der Mangel an epileptiformen Krämpfen auf der paretischen rechten oberen Gliedmaasse beweist nach Ansicht des Vortragenden, dass links keine makroskopisch wahrnehmbare Gehirnverletzung stattfinden konnte. Wirbelluxation und -fractur ist wegen dem Fehlen von paraplegischen Erscheinungen ausgeschlossen. Eine Quetschung oder Zerreissung von Nervenstämmen hätte eine sich rasch entwickelnde und hochgradige Muskelatrophie nach sich gezogen.

Die Prognose ist quoad valetudinem perfectam sehr zweifelhaft, und es ist kaum anzunehmen, dassder Kranke seine volle Erwerbsfähigkeit zurückerlangt. In diesem Sinne wurde auch vom Vortragenden das Gutachten für die Versicherungsgesellschaft abgegeben. Ostermayer (Budapest).

---

XII. Sitzung vom 11. April 1891.

614) **J. Salgó**: Ein Fall von aus dem Kindesalter stammender Gehirnaffection. (Demonstration.)

Der Vortragende zeigt ein Gehirnpräparat, welches von einem 31jährigen Tagelöhner stammt, der wegen angeborenem Blödsinn sich beiläufig $1^1/_2$ Jahre hindurch auf der Abtheilung des Vortragenden aufhielt. Die beobachteten Krankheitssymptome waren mehr negativer Natur, insofern, als weder Lähmungen noch Krämpfe zu Tage traten. Das Präparat bietet in mehrfacher Hinsicht Interesse. Erstens stellt selbiges einen selteneren Fall von solcher Gehirnerkrankung aus dem Kindesalter dar, welche ein symmetrisches Auftreten des Krankheitsprocesses vorweist, indem als Schlussresultat einer im Fœtalzustande oder im Kindesalter abgelaufenen Erkrankung eine nicht gleichmässig ausgebreitete Atrophie beider Occipital- resp. Temporallappen an symmetrischen Stellen ersichtlich ist. Diese Atrophie, welche nach Ansicht des Vortragenden zweifelsohne die Folge eines encephalitischen Processes ist, hat auf beiden Seiten den hinteren Theil der mittleren Schläfenwindung und die mittlere Occipitalwindung zerstört, so dass das zurückgebliebene schmalstreifige Gewebe nur aus narbig degenerirter Hirnsubstanz besteht.

Die auf dem rechten Stirnlappen sichtbare Veränderung aber, die in einer trichterförmigen Einziehung besteht und als exquisite Porencephalie zu betrachten sei, beleuchtet in nicht unbedeutender Weise die Gehirnerkrankungen im Kindesalter. Vortragender will nur soviel bemerken, dass das vorgezeigte Präparat zweierlei zeigt, erstens — was übrigens eine allgemein anerkannte

Ansicht ist —, dass Atrophie und Sklerosen aus krankhaften Processen hervorgehen; denn es ist in diesem Falle nicht anzunehmen, dass die symmetrischen Veränderungen der Occipitallappen und die Porencephalie des Stirnhirnes durch Entwicklungsfehler hervorgerufen worden wären. Zweitens beweist dasselbe, dass die Gehirnveränderungen bei Cerebralaffectionen des kindlichen Alters in ihren Endresultaten grosse Unterschiede vorzeigen können, da auch in diesem Falle derselbe Process einestheils Porencephalie, anderntheils einfache hochgradige Schrumpfung bedingt hat. Die Porencephalie ist also nach Ansicht des Vortragenden keine Krankheit sui generis, sondern nur das Schlussresultat eines und desselben Processes, dessen Aetiologie übrigens auch durch diesen Fall nicht im Geringsten der Kenntniss näher gerückt wird. Geradeso wie ein krankhafter Gehirnprocess nicht immer zu gleichartigem Endresultat geweblicher Veränderungen führt, in demselben Maasse bilden auch die Symptome kein einheitliches Krankheitsbild, sondern es wechseln beide nach dem physiologischen Werthe der betroffenen Areale. Ostermayer (Budapest).

---

XIII. Sitzung vom 18. April 1891.

615) **Julius Eröss:** Ein seltener Fall von Mikrocephalus. (Krankendemonstration.)

Der Vortragende stellt ein $9^1/_2$ Monate altes Kind mit Mikrocephalie vor. Sechs Geschwister sind gesund und leben; die Eltern ebenfalls. Neuropathische Constitution und constitutionelle Erkrankungen sind bei den Eltern nicht vorhanden. Die Peripherie des Kopfes beträgt 28 cm (beim normalen Säugling 35 cm), der Längendurchmesser 9,5 cm (11,2), der Querdurchmesser 9 cm (normal). Das Kind müsste dem Alter nach grösser sein; die Peripherie des Schädels pflegt in diesem Alter schon 50 cm zu sein. Die Suturen sind verknöchert, besonders aber die Sphenoparietal- und Lambdanaht. Es ist nicht nur Ossification, sondern auch Hyperostose vorhanden, so dass die verhältnissmässig grosse Dimension des Querdurchmessers auf Rechnung der Knochenhyperplasie zu ziehen ist. Die grosse Fontanelle ist eingezogen. Die Stirne und der Hinterhauptknochen sind abgeflacht und von auffallender Kleinheit. Das geistige Leben ist sehr schwer zu beurtheilen. Das Sehen ist ziemlich gut, das Hörvermögen problematisch. Für allerlei Gegenstände hat das Kind kein Interesse. Das Saugen geht gut genug von Statten. Das Gemüthsleben ist aufgeregt; das Kind weint fortwährend oder es schreit; die Mutter kommt kaum zum Schlafen.

Vortragender erwähnt noch einen Fall von Mikrocephalie bei einem Mädchen, welch' letzteres im Jahre 1882 ganz Europa bereiste.

Ostermayer (Budapest).

XIV. Sitzung vom 2. Mai 1891.

616) **E. E. Moravcsik:** Ein Fall von Hermaphroditismus und Idiotismus. (Krankenvorstellung.)

Vortragender stellt ein Individuum vor, bei welchem ausser der Entwicklungsanomalie der Genitalien eine Abnormität des Schreibmechanismus vorhanden ist. Der Schädel des seinem Alter nach ungewöhnlich stark ent-

wickelten Individuums ist im Verhältniss zu den übrigen Körpertheilen in allen seinen Dimensionen kleiner, die Stirne nach oben verschmälert. Die äussern Genitalien werden von einem durch zwei den grossen Schamlippen entsprechenden Lefzen begrenzten Spalt gebildet, aus dessen oberem Winkel ein genügend gut entwickelter Penis hervorragt; im unteren Winkel ist eine kleine Lücke bemerkbar. Der Penis kommt zeitweise in Erection, besitzt aber keinen Urethralschlauch; die Entleerung des Harnes findet durch die untere, schon vorher erwähnte Lücke statt. Uebrigens ist die ganze Mulde geschlossen. Der Mons Veneris ist behaart. Die Brustdrüsen zeigen keine auffallende Entwicklung. Dem Vortragenden ist es nicht gelungen, das Geschlecht zu bestimmen; Hoden und Ovarien konnten durch die Untersuchung nicht festgestellt werden. Die tiefe Stimme und seine Neigungen (Herumschnitzeln, Spielen mit der Peitsche u. s. f.) sprechen für ein männliches Geschlecht. Die Eltern haben das Kind als Mädchen erzogen. — In geistiger Beziehung ist das Kind sehr zurückgeblieben; seine Kenntnisse beschränken sich kaum auf die primitivsten Begriffe und sind mehr mechanisch; nach vierjährigem Schulbesuch kam es nicht weiter, als dass es seinen Namen zu sagen, einige Ziffern und Wörter abzuschreiben vermag. Körperhaltung und Bewegungen sind plump, Gesichtsausdruck blöde. Als interessante Erscheinung hebt Vortragender hervor, dass das Individuum mit der linken Hand von rechts nach links schreibt (Spiegelschrift). Vortragender betont, dass der Mechanismus des Schreibens noch nicht genügend erforscht ist. Wenn auch hierzu gehörige Daten von Fechner, Weber, Erlenmeyer, Buchwald, Lichtstein und Adler geliefert wurden, so sind die methodischen Untersuchungen über diesen Gegenstand doch nur hauptsächlich Soltmann zu verdanken, der in dieser Richtung gesunde, somatisch und neuropsychisch erkrankte Kinder, sowie Taubstumme und Blinde einer genauen Prüfung unterzog. Der Vortragende hat gleichfalls öfters Gelegenheit gehabt, die Erscheinung der Spiegelschrift mit der linken Hand zu studiren, und schliesst sich auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen der Soltmann'schen Ansicht an, nach welcher dieses Symptom auf einen allgemein nervösen und psychisch abnormen Charakter hinweist und als Degenerationszeichen aufzufassen sei. Die Erklärung des Mechanismus dieser Erscheinung bewegt sich noch zu sehr auf dem Gebiet der Theorien von problematischem Werth; warum sich Vortragender eines detaillirten Eingehens auf diesen Gegenstand enthält.

---

617) **Alexander Korányi**: Ein Fall von Hemiathetosis spastica. (Krankendemonstration.)

Aus der Anamnese des 22jährigen Kranken hebt Vortragender hervor, dass bei Jenem im Alter von 4 Jahren in ganz gesundem Zustande plötzlich eine Hemiplegie auftrat. Seit dieser Zeit besteht beim Kranken der gegenwärtig constatirbare Befund. Es ist auffallend, dass die rechtsseitigen Extremitäten im Vergleich zu den linksseitigen in der Entwicklung stark zurückgeblieben sind, was sich besonders in der Längendifferenz bemerkbar macht. Die Musculatur ist auf beiden Seiten gleich stark; eigenthümlicherweise ist die Wadenmusculatur rechts hochgradig hypertrophisch. Die rechte obere und untere Gliedmaasse, sowie auch in geringem Grade das Gesicht zeigen die für Athetose charakteristischen Stellungen und Bewegungen.

Die Bewegungen fallen durch ihre besondere Langsamkeit auf, indem die Extremitäten eine sehr geraume Zeit in den eingenommenen, abnormen Stellungen verharren. Aus letzteren sind dieselben schwer herauszubringen, so dass wir es hier mit spastischen Contracturen zu thun haben. Dem entsprechend sind auch die Sehnenreflexe gesteigert. Eine sonderbare Erscheinung lässt sich im Verlaufe der Nerven der rechtsseitigen Extremitäten nachweisen. Der auf die Nervenstämme ausgeübte Druck ruft in den durch jene innervirten Muskeln eine dauernde Contraction wie im kataleptischen Zustande hervor. Von einzelnen Druckpunkten aus tritt aber nicht nur in den betreffenden innervirten, sondern auch in andern Muskeln spastische Zusammenziehung auf, obgleich in einer weniger auffälligen Weise, so dass man bei Auslösung der hervorgebrachten Stellungen ausser der gesteigerten mechanischen Nervenirritabilität ein Mitspielen der Reflexe anzunehmen hat. Der Kranke hat selbst einige solche Druckpunkte und deren Wirksamkeit ausfindig gemacht, so dass er durch Inanspruchnahme derselben seine Extremitäten, die er willkürlich kaum zu beherrschen vermag, in bequemere Stellungen zu bringen im Stande ist. Ganz dieselbe Wirkung als der Druck hat die Galvanisation der betreffenden Nerven. Nach Ansicht des Vortragenden entspricht das Krankheitsbild einer nach infantiler spastischer Hemiplegie zurückgebliebenen Hemiathetosis spastica, deren Grund wahrscheinlich in einer aus dem Kindesalter stammenden Polyencephalitis zu suchen sei. Ostermayer (Budapest).

---

# IV. Referate und Kritiken.

618) **Dr. A. Hoche**: Beiträge zur Kenntniss des anatomischen Verhaltens der menschlichen Rückenmarkswurzeln im normalen und im krankhaft veränderten Zustande (bei der Dementiaparalytica). Heidelberg 1891.

Die Arbeit besteht aus drei Abschnitten. Im ersten wird die bereits im Neurol. Centralblatte geschilderte neue Ganglienzellengruppe eingehend beschrieben. Dieselbe befindet sich von der Höhe der Lendenanschwellung angefangen bis in den Conus terminalis hinein im Bereiche der austretenden vorderen Nervenwurzeln u. s. w. am vorderen Umfang des Rückenmarks in der Henle-Merkel'schen grauen Rindenschicht oder dicht unter der Pia, oder zwischen deren Lamellen, oder ausserhalb der Pia. Ihre Häufigkeit ist individuellen Schwankungen unterworfen. Die Ganglienzellen sind ebenso gross oder noch grösser als die motorischen Ganglienzellen der Vorderhörner in der gleichen Ebene. An vielen derselben ist eine sie umhüllende feine, kernbesetzte Membran zu erkennen. Man sieht an diesen Zellen nur einen Fortsatz, welcher sich gabelig theilt. — Der zweite Theil der Abhandlung schildert einen eigenthümlichen normalen Befund an den gesunden Rückenmarkswurzeln, welcher darin besteht, dass man an den Querschnitten der vorderen wie hinteren Rückenmarkswurzeln zwischen den Nervenfasern grössere oder kleinere, bald regelmässig, bald unregelmässig gestaltete, mit

Eosin und Carmin sich lebhaft färbende, mit der Weigert'schen Tinction ungefärbt bleibende, aus einer theils körnigen, theils faserigen Masse bestehende Plaques findet. — Der dritte Abschnitt behandelt die Veränderungen der Rückenmarkswurzeln bei der progressiven Paralyse; die gewonnenen Resultate fasst Autor in folgende Sätze zusammen:

1) Bei der Dementia paralytica finden sich häufig, vielleicht regelmässig Veränderungen an den Rückenmarkswurzeln, und zwar nicht nur, wie bekannt an den hinteren (in Fällen mit Degeneration der Hinterstränge), sondern auch an den vorderen Wurzeln.

2) Die Veränderungen betreffen theils das Stützgerüst der Wurzeln, theils die nervösen Elemente, jedes für sich, oder beide gleichzeitig. Das Stützgerüst zeigt die Zustände einer chronisch entzündlichen Verdickung ohne specifischen Charakter; die nervösen Elemente verfallen einer einfachen oder einer degenerativen Atrophie.

3) Eine Abhängigkeit der Intensität und Ausdehnung der Veränderungen an den Wurzeln von der Vertheilung des krankhaften Processes im Innern des Markes ist nicht deutlich; die Degeneration führt nur selten zu einem Untergang ganzer Wurzelbündel, meistens nur zu einem regellos vertheilten Schwund einzelner Fasern.

4) Die stärksten Veränderungen finden sich gewöhnlich an den lumbalen und sacralen Wurzeln.

5) Die Veränderungen an den Rückenmarkswurzeln sind immerhin so bedeutend, dass es geboten erscheint, dieselben bei der Beurtheilung des klinischen Bildes der Dementia paralytica zu berücksichtigen.

Dr. Schaffer (Budapest).

---

619) **Alexander Borgherini:** Schlafähnlicher Zustand bei Thieren, denen das Kleinhirn entfernt wurde. (Neurol. Centralbl. 1891 Nr. 21.)

B. beschreibt ein interessantes Phänomen bei Hunden, welchen das Kleinhirn vollständig exstirpirt worden ist. Wenn man einem solchen Thiere (nachdem die durch das Trauma verursachten Reizerscheinungen verschwunden sind) die Augen mit einem dicken Tuche verbindet, so dass es absolut nichts sehen kann, so bleibt es, während es sich bisher hin und her bewegt hat, plötzlich stehen, spreizt die Gliedmaassen und legt sich langsam auf den Boden, wobei es sich so streckt, dass Rumpf, Hals und Kopf gestützt werden. In diesem Zustande kann das Thier angerufen, gerüttelt, gekneipt oder sonstwie gereizt werden; es können seine Gliedmaassen gedreht und in die unbequemsten Stellungen gebracht werden, ohne dass es sich rührt. Nur wenn die Drehung der Glieder zu schmerzhaft war, ändert sich die Stellung derselben. Wird das Thier an der Rückenhaut in die Höhe gezogen, so lässt es den Kopf, die Ohren und die Extremitäten sinken, wie wenn dieselben völlig leblos wären. Die Sehnenreflexe zeigen sich dabei sehr herabgesetzt, das Athmen verlangsamt. Sofort wie die Binde von den Augen entfernt ist, sind alle diese Erscheinungen vorüber, und das Thier bewegt sich wie früher.

B. vergleicht diese Erscheinungen mit dem zuerst von Strümpell beobachteten Schlafphänomen bei Menschen mit vollständiger Haut- und sensorieller Anästhesie, denen die Augen verbunden und die Ohren verstopft wurden, ein Phänomen, welches durch Aufhören der physiologischen Hirn-

reize erklärt worden ist. Es besteht aber ein Unterschied darin, dass bei den Hunden während des schlafähnlichen Zustandes das Schmerzgefühl vorhanden war.

Die Erklärung, welche B. giebt, scheint nicht ganz plausibel. Er meint, dass die Wegnahme des Sehvermögens, vermittelst dessen die locomotorischen Störungen theilweise corrigirt wurden, dem Thiere das Bewusstsein der vollständigen Bewegungslosigkeit verursacht, dass das Thier den Willen (?) verliert, sich zu bewegen, und dass von diesem Zustande bis zu dem völliger Erschlaffung nur ein ganz kurzer Uebergang sei.

Hoppe (Allenberg).

---

620) **A. Spanbock** (Warschau): Einige Versuche an den motorischen Rindencentren nach Unterbindung der Harnleiter. (Neurol. Centralbl. 1891 No. 21.)

S. hat an Hunden Versuche über die elektrische Erregbarkeit der motorischen Rindencentren (in der Gegend der Sulc. cruciatus vor und nach der Unterbindung beider Harnleiter angestellt und gefunden, dass, abgesehen von einer manchmaligen Zunahme der Erregbarkeit im Anfange (der Urämie), die Erregbarkeit mit dem Fortschreiten des urämischen Processes regelmässig abnimmt. Geschätzt wurde die Erregbarkeit übrigens nach dem minimalen Bewegungseffecte, welcher durch einen Inductionsapparat vermittelst Platinelektroden hervorgebracht wurde. Dass diese Erscheinungen auf Veränderungen der Rindencentren selbst zu beziehen sind, bewies S. durch Ausschneiden der entsprechenden Hirnrinde.

Die Erregbarkeit war an der rechten Hemisphäre (vor Abbindung der Harnleiter) ungefähr gleich gross vor und nach Abtragung der Hirnrinde, und ebenso gross zeigte sich die Erregbarkeit an der abgetragenen Stelle der linken Hemisphäre nach Abbindung der Harnleiter.

Was die Erklärung dieser Erscheinung anbetrifft, so misst S., ganz abgesehen von der Chloroformnarkose und dem Operationseingriff, nach speciellen Experimenten dem Hungern gar keine und der Abkühlung der Thiere nur eine unwesentliche Bedeutung zu und betrachtet daher die bei Unterbindung der Harnleiter beobachtete Veränderung der Erregbarkeit der Hirnrinde als Folge der für die Urämie charakteristischen Störungen des Stoffwechsels.

Die Beobachtung, dass die Krämpfe (besonders die tonischen) in den Fällen am stärksten sind, wo das Sinken der Erregbarkeit der Hirnrinde ganz besonders erheblich ist, führte S. zur Vermuthung, dass die vom regulirenden Einfluss der Rindenapparate freigewordeneu subcorticalen Centren zum Ausgangspunkt der Krämpfe werden. Hoppe (Allenberg).

---

621) **L. Darkschewitsch** (Moskau): Ein Fall von frühzeitiger Muskelatrophie bei einem Hemiplegiker. (Neurol. Centralbl. 1891, Nr. 20.)

Ein 43jähriger Heizer wurde, nachdem er Morgens nicht auf seinem Posten erschienen, Abends in seinem Bett bewusstlos vorgefunden. Am nächsten Tage zeigte er ausgeprägte Wortblindheit, complete motorische Aphasie und totale rechtsseitige Hemiplegie (mit Betheiligung des unteren Facialis und des Hypoglossus). Sensibilität rechts herabgesetzt, Sehnenreflexe rechts etwas gesteigert; unwillkürlicher Abgang von Urin und Faeces.

Während nach vier Wochen die Bewegungsfähigkeit allmählich ziemlich zurückgekehrt war, war rechts an den Mm. deltorideus, supra- und infraspinatus eine deutliche Atrophie eingetreten. Zugleich zeigte sich eine Affection des Schultergelenkes. Die Atrophie schritt im weiteren Verlauf auf die Musculatur des Vorderarmes und der kleinen Handmuskeln fort und ward immer auffälliger. Während die faradische und elektrische Reaction sich normal verhielt, war die directe Muskelerregbarkeit gesteigert, desgleichen die Sehnenreflexe. — Nach einem neuen apoplektischen Insult im December erfolgte der exitus letalis.

Bei der Section fanden sich im Gehirn zwei Erweichungsherde, ein alter im linken Corp. striatum, und ein frischer im rechten Corp. striatum. Der erste umfasste die weisse Substanz der Insula Reilii, die Caps. externa, den Nucl. lenticularis, den vorderen Schenkel der inneren Kapsel und vom hinteren Schenkel den vorderen Theil, den Kopf des Nucl. caudatus und einen grossen Theil der weissen Substanz im Bereich der dritten Frontalwindung. Im Hirnschenkel wurde links eine sehr deutliche, absteigende Degeneration constatirt (im Bereiche des inneren Drittels des Hirnschenkelfusses), welche durch die ganze Varolsbrücke und die Med. obl. zu verfolgen war. — Im Rückenmark fand sich nur eine deutlich ausgeprägte absteigende Degeneration der linken Pyramidenvorderstrangbahn und der rechten Pyramidenseitenstrangbahn in ihrer ganzen Ausdehnung. Vorderhörner und Rückenmarkswurzeln erwiesen sich als völlig normal.

Die Muskeln der rechten Seite, besonders die des rechten Armes, waren viel blasser als die der linken. Die mikroskopische Untersuchung ergab keine Spur einer degenerativen Veränderung der contractilen Substanz; dagegen zeigten die einzelnen primitiven Muskelfasern eine mehr oder weniger bedeutende Verringerung des Querdurchmessers (bis zum dritten Theil des normalen), und die Zwischensubstanz erhebliche vicariirende Wucherungen mit Vermehrung der Kerne. Die Anzahl der Muskelkerne war jedoch nicht vergrössert. Die Muskeln der rechten Unterextremität zeigten dieselben Veränderungen, aber bedeutend weniger ausgeprägt. Da die Vorderhörner und die peripherischen Nervenstämme sich völlig intact erwiesen, glaubt D. die Atrophie als cerebrale Amyotrophie bezeichnen zu müssen, ebenso wie die Affection des rechten Schultergelenkes als cerebrale Arthropathie, beide hervorgerufen durch den Erweichungsherd in der linken Hemisphäre.

Hoppe (Allenberg).

---

622) **Paul Kronthal**: Beobachtungen über die Abhängigkeit der Degenerationen in den peripherischen Nerven von der Zerstörung ihrer Kernursprünge; im Anschluss an einen Fall von Bulbärparalyse und amytrophischer Lateralsklerose. (Neurol. Centralbl. 1891, Nr. 5.)

Bei der Section einer nach mehrjährigem Leiden unter dem Symptomencomplexe der typischen Bulbärparalyse, combinirt mit amytrophischer Lateralsklerose, zu Grunde gegangenen Frau wurde gefunden:

Im Rückenmark vollständige Atrophie der Vorderhirnzellen, starke Degeneration des Pyramidensystems, leichte der Vorderseitenstränge und der Seitenstrangreste. Daneben fast totale Degeneration der vorderen Wurzeln.

Im Gehirn Atrophie der Kerne des Hypoglossus Vagus, Glossopharyngeus, Facialis (dagegen Acusticus, Trigeminus, Abducens, Trochlearis und

Oculomotorius gesund) und Degeneration der Pyramiden bis in die Hirnschenkel.

Während nun aber die peripherischen Gehirnnerven sich erkrankt zeigten, soweit deren Kerne erkrankt waren, waren die peripherischen Rückenmarksnerven bei totaler Degeneration der Vorderhornzellen durchaus normal.

Aus diesem und andern in der Literatur erwähnten Fällen folgert K., dass sich an die Degeneration der Vorderhornzellen eine Degeneration der peripherischen Nerven zwar anschliessen kann, aber nicht anzuschliessen braucht, und dass demnach die Degeneration im peripherischen Rückenmarksnerven nach Erkrankung der Vorderhornzelle an andere Bedingungen geknüpft sein muss als die im peripheren Gehirnnerven nach Erkrankung seines Kernursprungs.

Da an dem Waller'schen Gesetze festgehalten werden muss, so muss es eben für die Rückenmarksnerven noch andere Quellen geben, von denen aus sie zur Thätigkeit angeregt werden. K. nimmt an, dass dies die im Nerven selbst eingebetteten Ganglienzellen sein könnten.

Hoppe (Allenberg).

---

623) Prof. **R. Schulz** (Braunschweig): Zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems. (Neurol. Centralbl. 1891, Nr. 19.)

Ein Arbeiter erlitt zuerst 1857 in seinem dreissigsten Lebensjahre einen Schlaganfall mit heftigem Ohrensausen, Schwindel und linksseitiger Lähmung, die nach acht Tagen verschwand, während er noch zwei Jahre hindurch sehr nervös war.

Ein ganz ähnlicher Anfall erfolgte in seinem achtundfünfzigsten Lebensjahre; auch jetzt ging die Lähmung der linken Extremitäten (bis auf eine Verminderung der groben Kraft) zurück, aber Patient blieb arbeitsunfähig. Das Gehör wurde allmählich schwächer, die Sprache war erschwert; es bestanden Incontinentia urinae, oft auch alvi, häufige Kopfschmerzen, ziehende resp. durchschiessende Schmerzen im Rücken und an der Brust, zeitweise Reissen in den Beinen, taubes Gefühl in den Füssen, Unsicherheit im Gange, leichte Ermüdung.

November 1890 am Tage der Aufnahme ins Krankenhaus der dritte Anfall unter heftigem Schweissausbruch mit starkem Schwindel, Ohrenklingen, Herabsetzung des Bewusstseins, hochgradigem Angstgefühl und (rasch vorübergehender) Lähmung der linken Extremitäten.

Stat. praes. vom 21. Nov. 1890: vollständige rechtsseitige Facialislähmung, Aufhebung des rechten Cornealreflexes, beiderseitige Abducenslähmung, Pupillenreaction geschwächt, Geruch rechts herabgesetzt, Geschmack in den vorderen zwei Dritteln der (nach rechts abweichenden) Zunge aufgehoben, leichte Schling- und Sprachstörungen; motorische Schwäche der linken Extremitäten, Herabsetzung des Gefühls und des Temperatursinnes der ganzen linken Körperhälfte, einschliesslich des Gesichts (am Bein zum Theil völlige Anästhesie). —

Im weiteren Verlaufe traten trophische Störungen in der Haut der Hände an symmetrischen Stellen auf (geröthete, infiltrirte Stellen mit Blasenbildung); Patient wurde allmählich somnolent und starb im Collaps. —

Die Section ergab: Verwachsung der Dura mit dem Schädel, Hyper-

ämie, sonst ausser einem halberbsengrossen, farblosen Erweichungsherde im rechten Thalam. opt. und einer Verhärtung und einem Einsinken am Boden des vierten Ventrikels makroskopisch nichts Wesentliches.

Dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung

1) eine (für Syphilis charakteristische) halbmondförmig in das Innere hervorspringende Wucherung der Arter. f. Sylvii an einer 1 cm langen Stelle, welche dadurch bis auf Stecknadelkopfdicke verengt war, und in der Adventitia zwischen dieser und der Media die (von Baumgarten beschriebene) specifisch „gummöse" Neubildung;

2) eine gelatinös aussehende, erweichte Stelle im rechten Linsenkern;

3) im Pons in der rechten hinteren Hälfte, 2 mm unterhalb des Ventrikelbodens, ein (5 mm langer, 1 mm breiter) Streifen erweichter, gelatinös aussehender Streifen.

Ausserdem fand sich im Rückenmark eine Meningitis spinalis vorzugsweise posterior; schwache Degeneration der Goll'schen Stränge und Randdegeneration; hochgradige Degeneration der hinteren, schwache der vorderen Wurzeln, hyaline Degeneration der Wand der kleinen Gefässe und frische, punktförmige Blutungen in der grauen Substanz.

Bezüglich der Erklärung der klinischen Erscheinungen aus dem Befunde und des Symptomencomplexes durch Lues muss auf das Original verwiesen werden. Hoppe (Allenberg).

---

624) **H. Westphal** (Petersburg): Ueber Kopfschmerzen gastrischen Ursprungs.
(Berl. kl. Wochenschr. 1891 No. 37.)

Verf. macht unter Anführung einiger Fälle auf das Auftreten heftiger halbseitiger Kopfschmerzen nach dem Genuss schwer verdaulicher Speisen im Anschluss an dyspeptische Beschwerden aufmerksam. Die in einzelnen dieser Fälle ausserordentlich heftigen Kopfschmerzen, gegen welche alle Antinervina erfolglos blieben, wurden durch Verabreichung von Acid. mur. allemal prompt beseitigt.

W. glaubt, dass es sich in diesen Fällen um die Bildung von Toxinen durch abnorme Gährungsvorgänge (Mikroorganismen) handle, welche bei einem normalen salzsäurehaltigen Magensafte unschädlich gemacht werden, bei einem Mangel an freier Säure aber in Function treten und unter Anderm zu Circulationsstörungen des Centralnervensystems resp. seiner Adnexen führen können, welche sich durch Kopfschmerzen äussern.

Hoppe (Allenberg).

---

625) **Charcot et Guinon**: A propos d'un cas d'hystérie masculine 1) Paralysie dissociée du facial inferieur d'origine hystérique, 2) Cumul de facteurs étiologiques: traumatisme, alcoolisme, hérédité nerveuse.
(Arch. d. Neurologie 1891, Juli.)

Ein 24jähriger Mann mit grossen hysterischen Anfällen zeigte Anästhesie im Gebiet des unteren Facialis an der Haut und Schleimhaut, sowie eine hysterische Zone an der linken Rumpfseite nebst concentrischer Einschränkung des Gesichtsfeldes, Abschwächung des Geschmacks, Gehörs, Geruchs und Fehlen des Pharynxreflexes links. Ausserdem bestanden Erscheinungen des Alcoholismus chronicus. Das Eigenthümlichste war bei dem hysterischen

Mann eine Lähmung des Musc. buccinator. und zygomaticus major ohne Aenderung der elektrischen Erregbarkeit. Verf. hebt die Seltenheit einer derartigen Facialislähmung bei Hysterie hervor. Die Lähmung ist gegenüber der in Folge organischer Läsion entstandenen weniger stark ausgebildet und wird von Anästhesie der gelähmten Gegend begleitet. In Bezug auf die Entstehung des Leidens waren wichtig im vorliegenden Fall hereditäre Belastung, frühzeitiger Alcoholismus, Trauma, in Folge dessen sich die allgemeine Neurose zuerst zeigte, sowie weiteres Trauma am Kinn während eines Anfalles, welches die Erscheinungen am unteren Facialisgebiet u. s. w. zur Foge hatte. Otto.

---

626) **Charcot**: Sur un cas d'hystéric simulatrice du syndrome de Weber. (Arch d. Neurologie 1891, Mai.)

18jähriges Mädchen. Mutter hat Anfälle von Gastralgie, Vater ist Potator. Grossmutter mütterlicherseits leidet an circulärer Geistesstörung, Grossvater war auch geistesgestört. Seit dem zwölften Jahre hatte Patientin öfter Migräne und synkopeartige Zustände. Dazu trat linksseitige Ptose, zwei Jahre später Hemiparesis dextra mit Schmerzen daselbst. Noch ein Jahr später traten ausser Schmerzen in den rechten Gelenkgegenden Hemiplegie mit Contractur (Arm gebeugt, Bein gestreckt) ohne Betheiligung des Gesichts ein. Dazu gesellte sich Verlust der Sensibilität und Schmerzempfindung der Haut, bei Fortbestehen der früheren Schmerzen. Ein Schmerzpunkt bestand ausserdem in der Regio sacrolumbalis. Nach zehn Monaten verschwanden die Lähmungen, es blieb nur noch die Todd'sche Gehstörung. Die Ptose blieb fortbestehen, nachdem später auch die Gehstörung verschwunden war. Krämpfe traten nicht auf. Zur Zeit bestehen Schmerzen in den rechten Extremitäten, Migräne, synkopeartige Zustände, Motilität intact, Sensibilität anfgehoben ausser im Gesicht und am Kopf. Sensibilität der linken Cornea und Conjunctiva fehlt, Reflex daselbst normal. Ausserdem am Körper fünf verschiedene Schmerzpunkte; Druck ruft eine Aura hervor. Es sind noch vorhanden concentrische Gesichtsfeldeinschränkung und monokuläre Diplopie. Links besteht Ptose. Sonst Bewegung der Pupillen und Augen normal. Das Auffallendste ist die Ptose nebst einer Asymmetrie der Augenbrauen. Der Schluss der Augen ist gut; beim Heben der Augenlider bewegt sich das linke nicht, ebensowenig die linke Augenbraue. Letztere steht überhaupt etwas tiefer als die rechte. Dies rührt daher, dass eine spastische Ptose vorhanden ist. Im Gegensatz zur paralytischen Ptose, bei welcher die Augenbraue etwas höher steht als normal, steht dieselbe hierbei etwas tiefer. In der Einleitung hebt Verf. die Aehnlichkeit des beschriebenen Symptomencomplexes mit dem Weber'schen Complex von Oculomotoriuslähmung und gekreuzter Hemiplegie hervor und bespricht genauer die differentialdiagnostisch wichtigen Punkte.
Otto.

---

627) **Guinon et Woltke**: De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionelle de l'attaque hystérique. (Arch. d. Neurologie 1891, Mai.)

Verf. kam auf Grund von drei Beobachtungen, die ausführlich wiedergegeben werden, zu folgenden Schlüssen. Man kann bei hysterischen An-

fällen im Delir der Phase passionelle den Gang der Hallucinationen beeinflussen und neue schaffen durch einfache Anregung der Sinnesorgane (Haut, Gesicht u. s. w.) in verschiedener Weise. Diese Hallucinationen sind unabhängig vom Willen Anderer und hängen ausschliesslich vom Kranken resp. seiner eigensten Persönlichkeit (Lebensweise, Erinnerungen u. s. w.) ab.

Otto.

---

628) **Chervin**: A propos du bégayement hystérique.
(Arch. d. Neurologie 1891, Mai.)

Verf. bekämpft die Bezeichnung der von Pitres und Ballet beschriebenen hysterischen Sprachstörung als Bégayement. Letzteres beginnt in der Kindheit, ist mit mehr oder weniger bedeutenden respiratorischen Störungen verbunden, ist intermittirend, verschwindet beim Gesang und ist unabhängig von Störungen sensitiv-motorischen Theils. Otto.

---

629) **Ballet**: Note à l'occasion du mémoire de M. Chervin.
(Arch. d. Neurologie 1891, Mai.)

B. giebt zu, dass das hysterische Bégayement etwas anderes ist als das gewöhnliche und würde auch gern eine passendere Bezeichnung acceptiren.

Otto.

---

630) **R. Demme**: Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Organismus des Kindes. (Stuttgart, Ferdinand Enke, 1891, 88 Seiten.)

Sehr beachtenswerthe Arbeit. Ausgehend von der Thatsache, dass Kindern, und sogar den kleinsten, vielfach Alkohol, und selbst in verhältnissmässig sehr grossen Mengen zugeführt wird, und dass dies nicht nur in den ärmeren Kreisen unserer Bevölkerung im falschen Glauben an die Nährkraft des Branntweins, sondern auch in den besser und best situirten Familien, sei es aus Unverstand, wie leider sehr häufig, sei es im Vertrauen auf die heilsame Wirkung kräftiger Biere und edler Weine geschieht, ausgehend von dieser noch bei weitem nicht genug gewürdigten Thatsache bespricht der auf diesem Gebiete rühmlichst bekannte Verf. die schädlichen Folgen, die der einmalige Alkoholexcess oder doch die mehr oder weniger regelmässig erfolgte Alkoholisirung auf den Körper und speciell auf das Centralnervensystem kleiner Kinder auszuüben vermag.

Der acute Rausch tritt bei Kindern gewöhnlich unter dem Bilde des tiefen Sopors von 12—18, selbst 36 Stunden Dauer auf und wird öfters durch heftige Convulsionen eingeleitet.

Die chronische Alkoholisirung — zu deren Erzeugung beispielsweise die keineswegs seltenen Tagesdosen von 2—5 g Cognac der Milch zugesetzt ausreichen — ruft sehr häufig ihrerseits wieder Dyspepsie, chronischen Magenkatarrh mit Hyperacidität hervor. In extremen Fällen ist (bei einem dem Branntweingenuss in erschreckendem Grade ergebenen Knaben von $4\,^1/_2$ Jahren) sogar Lebercirrhose beobachtet worden. Ferner erscheint es zweifellos, dass sowohl bei Kindern von Potatoren, als auch besonders bei Kindern, die selbst Alkohol zu sich nehmen, das Längenwachsthum oft recht erheblich zurückbleibt. Unter 27 Kindern, deren Länge wesentlich unter

der Norm geblieben war, liess sich bei 19 als einzige Wahrscheinlichkeitsursache Alkoholismus ermitteln, und 3 von diesen wuchsen schnell, als ihnen jede Alkoholzufuhr abgeschnitten wurde.

Am schlimmsten ist aber der Einfluss des Alkohols auf das Centralnervensystem der noch in der Entwicklung begriffenen Kinder. So hat man nicht selten Epilepsie und Chorea als zweifellose Folge des chronischen Alkoholismus oder auch nur als eines einmaligen Excesses entstehen gesehen. (Ref. selbst hat zwei Patienten beobachtet, deren erster Epilepsieanfall unmittelbar nach einer Einflössung von Wein ausgebrochen ist; vgl. u. A. den auch sonst interessanten Fall eines zweijährigen Knaben im Archiv für Psychiatrie XI, pag. 589.)

Fälle von jugendlicher Neurasthenie und auffälligem Zurückbleiben in der geistigen Entwicklung während der Schulzeit, und Fälle von Imbecillität sind vielfach auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen. Endlich sind noch die Folgen des Alkoholismus der Eltern auf die Nachkommen nicht zu unterschätzen. Ja sie kommen wohl noch häufiger zur Beobachtung als die der directen Schädigung durch Alcoholica.

Interessant ist eine Zusammenstellung des Verf.'s über je 10 Familien, deren Häupter als Trinker, resp. als Nichttrinker zu bezeichnen waren. Die directe Nachkommenschaft der 10 Trinkerfamilien belief sich auf 57 Kinder. Von denselben starben in den ersten Monaten 25; 6 waren Idioten, und 5 relative Zwerge. 5 wurden epileptisch, 1 Knabe erkrankte an schwerem, schliesslich zu Idiotismus führendem Veitstanz, und bei 5 Kindern bestanden angeborene Erkrankungen (Wasserkopf, Hasenscharte, Klumpfuss). Nur 17,5 % der Trinkerkinder waren während der Jugendjahre geistig und körperlich anscheinend normal. Von den 61 Kindern der Nichttrinker zeigten hingegen 81,9 % eine normale Anlage und Weiterentwicklung. Nur 5 starben frühzeitig, 4 erkrankten an heilbaren Affectionen des Nervensystems, und 2 litten an angeborenen Missbildungen.

Das Referat kann nicht besser als mit den folgenden Worten des Verf.'s abgeschlossen werden (Seite 44): Vom Standpunkt der Volkshygiene aus werden wir somit auf das Energischste danach trachten müssen, die alkoholischen Getränke als Genussmittel vom Kinde fern zu halten. Pflicht des Arztes ist es, Arm und Reich über die Gefahren aufzuklären, welche dem Kindesalter durch den frühzeitigen Genuss alkoholischer Getränke drohen . . . . . Wenn die Jugend sich in der für ihre spätere Zukunft wichtigsten Periode der Entwicklung des Genusses alkoholischer Getränke enthält, so wird sie körperlich und geistig frischer im Streben nach den idealen Gütern der Menschheit heranwachsen . . . . . und wird ohne äusseren Zwang in jedem Genusse, auch in demjenigen der geistigen Getränke, das richtige, des freien Menschen würdige Maass zu halten vermögen."

Dass selbstverständlich ein discreter Gebrauch des Alkohols im Nothfall, bei drohender Herzparalyse etc. und als acut wirkendes Sparmittel bei gänzlich darniederliegender Ernährung auch bei Kindern vom Arzte angeordnet werden muss, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden.

W. Sommer (Allenberg).

---

631) **Ringier**: Erfolge des therapeutischen Hypnotismus in der Landpraxis. Mit einem Vorwort von Prof. Forel. (München 1891. Verlag von F. J. Lehmann.)

R. ist ein Schüler Forel's und steht, wie dieser, ganz auf dem Boden der Nancyer Schule. Die vorliegende Veröffentlichung seiner hypnotischen Praxis verdient in mehr als einer Beziehung hervorgehoben zu werden.

1) Gehört das Krankenmaterial fast durchweg der gesunden Landbevölkerung an, bei welcher ein hysterisches Leiden nicht so häufig ist. 2) Ist die strenge Kritik, welche Verf. an seine Heilerfolge legt, sehr anerkennenswerth. So bezeichnet er z. B. nur die Fälle als geheilt, von denen er nach zwei Jahren noch ein günstiges Resultat constatiren kann. Auch scheut er sich nicht, neben glänzenden Erfolgen seine Misserfolge zu veröffentlichen. 3) Hält sich Verf. frei von dem Vorwurf der schablonenhaften Behandlung, und 4) sind die Schlüsse, welche er aus seinen Erfahrungen zieht, keine Theorien, sondern einfache, aus der nüchternen Beobachtung entsprungene Lehren für die Anwendung der Hypnose. Nur Einiges aus dem speciellen Theil möchte ich erwähnen: Die besten Resultate hat R. bei habituellem Kopfschmerz, Muskelrheumatismus, Gelenkrheumatismus, Ischias und bei Neurosen nach Traumen (in letzterem Falle 87 % Heilung oder bedeutende Besserung) gehabt. Schlechter sind seine Erfahrungen mit dem Alcoholismus chronicus. Ueber Hysterie sind seine Ansichten ungefähr folgende: Hysterische fallen leicht in Somnambulismus; therapeutische Resultate zu erzielen ist mitunter leicht, in anderen Fällen jedoch äusserst schwierig, und zwar ist hieran die ungewöhnliche psychische Verwerthung der geringfügigsten Anlässe Schuld, welche eine erhöhte Autosuggestibilität zur Folge hat und somit störend auf die hypnotische Suggestion einwirkt. R. steht also mit dieser Ansicht in strengem Gegensatz zur Schule der Salpetrière.

Die Veröffentlichungen R.'s sind wohl eine der werthvollsten Bereicherung der hypnologischen Literatur. Lehmann.

---

632) **Ralf Wichmann** (Braunschweig): Der chronische Gelenkrheumatismus und seine Beziehungen zum Nervensystem. (Berlin und Leipzig. Heusers' Verlag. 1890.)

Ueber die Beziehungen des chronischen Gelenkrheumatismus zum Nervensystem besteht in zerstreuten Artikeln schon eine ziemlich reichhaltige Literatur. — Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich vorwiegend damit, dieselbe kritisch zu besprechen und gleichzeitig den Nachweis zu führen, dass die besagte Krankheit mit dem Rückenmark in irgend einer Beziehung steht. Wenn nur nicht die Definition des chronischen Gelenkrheumatismus so viel Schwierigkeiten machte, und wenn nur nicht die Autoren die verschiedensten Dinge unter diesem Sammelnamen vereinigen möchten!

Verf. lehnt sich an Waldmann (Volkmann: Klinische Vorträge 1884) an und schliesst zunächst die „Gicht", die „Arthritis urica", dann auch die „Arthritis deformans" aus der engeren Besprechung aus. Der letzteren widmet er allerdings einige Seiten und erzählt einige Krankengeschichten. Das Verhältniss zum Nervensystem ist schon oft beschrieben, und bekannt. Sein Hauptaugenmerk richtet er auf den chronischen Gelenkrheumatismus, den Waldmann in fünf Unterabtheilungen zerlegt: a) eine infectiöse Form, b) eine locale Form, c) eine senile Form, d) die Arthritis nodosa, e) die

Spondylitis rheumatica. Nach Ansicht des Verf.'s muss man vor Allem die senile Form abtrennen; auch eine Unterscheidung zwischen infectiöser Form und Arthritis nodosa scheint nicht nöthig zu sein. Man kommt mit der Eintheilung von Schultz ganz gut aus:

1) Chronisch-rheumatisch-monarticuläre Gelenkentzündung (Monarthritis rheumatica chronica).

2) Chronisch-rheumatisch-polyarticuläre Gelenkentzündung (Polyarthritis rheumatica chronica), wovon es wieder leichte und schwere Formen giebt. Die letzteren hat Verf. vorwiegend zum Studium benutzt. Die Krankengeschichten mit einigen photographischen Abbildungen deformirter Hand- und Fingergelenke beleben die Darstellung.

Von Wichtigkeit scheint das bisweilen symmetrische Auftreten initialer rother Flecke, der Schleimbeutelhygrome, der Nodositées und der localen Knochenhypertrophien zu sein. Vielleicht sind dies Trophoneurosen, die sich durch eine von dem erkrankten Gelenk ausgehende Neuritis erklären lassen. Für die Symmetrie freilich glaubt Verf. einen central gelegenen Sitz als Ursache ansehen zu müssen. Charcot unterscheidet bei den Formen der verbildeten Hände einen Extensions- und einen Flexionstypus, und glaubt, dass die Reizung der Gelenknerven sich auf die Centren des Rückenmarks übertrage, welche ihrerseits wieder diese Erregung vermittelst der motorischen Nerven auf die Muskeln (Beuger und Strecker) reflectirten. Wenn man aber bedenkt, dass diese Contracturen beim chronischen Gelenkrheumatismus typisch und symmetrisch sind, dass auch andere, oben genannte, Symptome symmetrisch auftreten, so wird man, wie Verf. glaubt, ein Centralorgan als Ausgangspunkt entschuldigen. Ein etwa im Rückenmark primär entspringender Reiz, veranlasst durch toxische oder andere Kräfte, vermöchte vielleicht noch besser als der von den Gelenken hergeleitete die symmetrischen Erscheinungen erklären. Weitere als hypothetische Belege kann auch Verf. für seine Ansicht nicht anführen.

Es ist bekannt, dass echte trophische und vasomotorische Störungen die in Rede stehende Krankheit begleiten können: Glossy fingers, Atrophien in der Haut der Extremitäten, wirkliche Sklerodermie, Pigmentablagerungen in der Haut, Peliosis rheumatica gehören hieher. Auch die sensibeln Nerven sind vielfach betheiligt. Alle diese Verhältnisse werden vom Verf. geschildert. Die das Werkchen schliessende Therapie giebt nur die Hauptanhaltspunkte, ohne erschöpfend zu sein und ohne neue Momente beizubringen.

Goldstein (Aachen).

---

633) **Ostermeyer** (Aus der Beobachtungsstation des hauptstädtischen allgem. Krankenhauses St. Johann zu Budapest. Prof. Laufenauer): Zur Lehre vom Zwillingsirrsein. Sonderabdr. a. d. Arch. f. Psych. Bd. 23, Heft 3.)

Verf. schildert zwei Fälle von „Zwillingsirrsein" und einen von „indicirtem Irrsein bei Zwillingen", nachdem er eine Uebersicht und Besprechung der Literatur hat vorangehen lassen.

Er kommt zu dem Schluss, dass nur jene Fälle gleichartiger psychischer Erkrankungen bei Zwillingen als echtes Zwillingsirrsein aufzufassen sind, „wo ohne Rücksicht auf Gleichzeitigkeit des Ausbruches beide Zwillingsindividuen an gleicher oder ähnlicher Psychose ganz unabhängig

von einander erkranken, und der Verlauf der Geistesstörung bei beiden seinen selbständigen Charakter beibehält."

Alles andere fällt unter die Rubrik „Inducirtes Irrsein" und „Folie à deux bei Zwillingen". Koenig.

---

634) **Snow**: Cancer in its relations to insanity. (Krebs in seinen Beziehungen zur Geistesstörung.)

(The Journal of Mental Science, October 1891.)

Ueber die Verhältnisszahlen des Krebsleidens und der psychischen Erkrankung giebt Verf. in mehreren Fällen Auskunft. Sein Material umfasst mehr als 20000 Kranke aus verschiedenen Asylen (die Zahlen der Kranken aus zwei Anstalten sind nicht angegeben). Von diesen starben überhaupt 6468, und unter diesen war in 204 Fällen Krebs die Todesursache, d. h. in 3,15 %. Von 16 Fällen ist die Angabe gemacht, dass das Krebsleiden der Geistesstörung voranging.

Die Ansichten anderer Autoren, sowie die eigenen Erfahrungen führen Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Krebserkrankung bei Geisteskranken ist selten. Bei Individuen mit angebo enen geistigen Defecten scheint sie fast gar nicht vorzukommen.

2) Krebs nimmt an Häufigkeit des Vorkommens bei Geisteskranken nicht zu. Dies ist bei der Gesammtbevölkerung gemäss der Statistik der Fall.

3) Nicht selten verursacht Krebs Geisteskrankheit ohne Neubildung im Cerebrum. Ascher.

---

635) **Séglas**: Note sur le dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psycho-motrices. (Arch. de Neurologie, Juli 1891.)

Verf. weist unter Mittheilung zweier einschlägiger Fälle auf die nahen Beziehungen der Sinnestäuschungen im Sprachapparat zur Verdoppelung der Persönlichkeit hin. Otto.

---

636) **Sérieux**: Note sur un cas de paralysie hystéro-traumatique des quatre membres. (Arch. de Neurologie, Juli 1891.)

Der Fall, welcher ausführlich geschildert und besprochen wird, betrifft ein 18jähriges, erblich stark belastetes und geistesschwaches Mädchen. In Folge eines lebhaften Schrecks trat der erste hysterische Anfall auf, der so heftig war, dass Arme und Beine von den Umstehenden festgehalten wurden und die Kranke nachher gefesselt an Armen und Beinen ins Krankenhaus transportirt wurde. Dort delirirte sie Anfangs und bekam noch weitere Anfälle. Am vierten Tage trat eine Parese der Beine auf, welche zwei Tage später in vollständige Lähmung überging, während nun auch die Oberextremitäten paretisch wurden. Zugleich bestand vollständige Anästhesie in Form eines Stiefels, Cyanose der Beine; an den Händen und Vorderarmen war nur der Temperatursinn erhalten; auch hier bestand Cyanose. Am Rumpf war auch eine ausgedehnte Anästhesie, nur der Temperatursinn erhalten. Linksseitige Ovarie war ausserdem vorhanden. Das Gesicht war frei von Lähmung und Anästhesie. Geruch und Geschmack fehlten. Die Zunge zeigte tactile Anästhesie. Ausserdem traten häufig brüske Zuckungen, besonders im Kopf und den Armen, auf. Im Verlauf bildete sich eine voll-

ständige Lähmung auch der Oberextremitäten aus. Die Sehnenphänomene waren etwas gesteigert. Das Gesichtsfeld war eingeschränkt, und es bestand Inversion von Weiss und Roth. — Weiter wurden später auch die Oberextremitäten vollständig anästhetisch, desgleichen der Rumpf. Dann trat an den Händen wieder das Temperaturgefühl auf, und schliesslich an den Fingern zuerst wieder normale Empfindlichkeit, während die Lähmung der Arme verschwand. An den Beinen bestand die Lähmung und Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit noch fort. Weiterhin trat linksseitige Hemianästhesie dazu, und schliesslich verschwand die Paraplegie in Folge eines Anfalles. Es blieb eine linksseitige Hemianästhesie mit concentrirter Gesichtsfeldeinschränkung bestehen.

Verf. geht des Näheren auf die eigenthümlichen Aenderungen der Sensibilität, auf die trophischen Störungen ein. Für die allgemeine Neurose macht er den Schreck bei der schwer belasteten Person verantwortlich, während die Manipulationen an Armen und Beinen während des Anfalles von Seiten anderer Personen für die Entstehung der Lähmung der vier Extremitäten den Ausgangspunkt bilden sollen. Otto.

---

637) **Rank** (Halle): Die familiale Irrenpflege mit besonderer Berücksichtigung der öffentlichen Irrenfürsorge in Würtemberg.

(Sep.-Abdr. aus dem Staats-Anzeiger für Würtemberg 1890.)

Verf. kommt nach einem historischen Rückblick über die Entwicklung der familialen Irrenpflege zu folgenden Schlüssen:

1) Die familiale Irrenpflege ist, zweckmässig organisirt, wohl im Stande, die Irren-Anstalten zu entlasten und bis zu einem gewissen Grade vor Ueberfüllung zu schützen.

2) Die familiale Irrenpflege hat sich im Sinne Griesinger's an eine Anstalt anzuschliessen, von welcher aus die Kranken beaufsichtigt und die Pfleglinge controlirt werden können.

3) Zur Versetzung in Familienpflege eignen sich in erster Linie unheilbare Kranke und Reconvalescenten, nicht aber heilbare bezw. acute Fälle, insofern letztere anhaltender ärztlicher Behandlung und Beobachtung bedürfen.

4) Von den unheilbaren Kranken kommen zunächst in Betracht alle ruhigen, harmlosen, reinlichen und keiner intensiveren Pflege bedürftigen Kranken; ausgeschlossen sind Paralytiker, der grössere Theil der Epileptiker, sowie chronisch bettlägerige und unreinliche Kranke.

Alle Verrückte, primär und secundär Schwachsinnige, Idioten leichteren Grades und harmlose Epileptiker bilden demnach das Hauptcontingent für die familiale Pflege.

5) Mit der Auswahl geeigneter Pflege-Familien muss (namentlich im Anfange) vorsichtig zu Werke gegangen werden und sollen in der Regel nicht mehr als zwei bis drei Kranke (gleichen Geschlechts) bei einer Familie untergebracht werden.

Die speciell würtembergischen Verhältnisse, welche Verf. schildert, haben ein mehr locales Interesse und mögen im Original nachgesehen werden.

Koenig.

---

638) **Kalisch** (Pankow): Ueber die Verbreitung und Verhütung der Lungenschwindsucht in Irren-Anstalten.

(Sep.-Abdr. aus der Zeitschr. f. Medicinalbeamte, Heft 9, September 1890.)

Verf. verlangt, dass in grösseren Irren-Anstalten („400 Kranke und darüber"), ähnlich, wie sich häufig ein sog. Lazareth für körperlich Kranke findet, ein besonderer „Pavillon oder Baracke" für ca. 20—25 Kranke auf 1000 mit eigenem Dienstpersonal, Bad, Closet, Isolirzellen für die tuberculösen Kranken eingerichtet wird. Hierhin kommen alle ruhigen wie unruhigen, sauberen wie unsauberen Kranken, wie alle der Tuberculose verdächtigen Irren; der Isolirpavillon kann auch für andere Infectionskrankheiten benutzt werden und muss zwei getrennte Abtheilungen für Frauen und Männer mit eigenen Isolirzellen besitzen; auch muss er so eingerichtet sein, dass die Reinigung und Desinfection aller Räume und Gegenstände leicht und sicher zu bewerkstelligen sind.

Ferner verlangt Verf. einen eigenen Desinfectionsapparat für solche Anstalten. Kleinere Irren-Abtheilungen, Privat-Anstalten u. dergl. sollen mindestens auf den verschiedenen Abtheilungen ein eigenes Zimmer für phthisische Irre und, wo es angeht, eine eigene Isolirzelle besitzen.

Endlich sieht Verf. eine grosse Gefahr der Uebertragung der Tuberculose in der Vertheilung der Irren aus grösseren öffentlichen Central-Anstalten in kleinere Pflegestationen und Privatasyle, wie bei dem damit verbundenen Transport von Kleidern etc.

In Betreff aller weiterer Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

Koenig.

---

639) Heirathen zwischen Blutsverwandten in Preussen.

(Zeitschrift für Medicinalbeamte 1891, Nr. 9.)

Nach dem kürzlich erschienenen 113. Heft der „Preussischen Statistik" waren unter den 240 996 im Jahre 1889 in Preussen geschlossenen Ehen 1513 oder 6,28 aufs Tausend solcher zwischen Blutsverwandten, und zwar fanden statt 1375 Heirathen zwischen Geschwisterkindern (Vetter und Base), 110 zwischen Oheim und Nichte und 28 zwischen Neffe und Tante. Fast genau zwei Drittel dieser Heirathen zwischen Blutsverwandten, nämlich 1001, kamen auf dem platten Lande und nur ein Drittel (512) in den Städten vor. Unter den Provinzen weist Schlesien mit 218 die meisten derartigen Ehen auf; dann folgen Brandenburg mit 169, Pommern mit 154, Hannover mit 135, Ostpreussen mit 125, Rheinland mit 119, die Stadt Berlin mit 117, Sachsen mit 104; in den übrigen Provinzen bleibt die Zahl derselben unter 100. Auch ergiebt sich aus den vorstehenden Zahlen, dass diese Heirathen besonders häufig in den Gebieten mit rein oder doch vorwiegend evangelischer Bevölkerung auftreten. Im Allgemeinen scheinen aber die Eheschliessungen zwischen Blutsverwandten gegen früher etwas abzunehmen, wie aus folgender Uebersicht erhellt. Von je 1000 Ehen wurden geschlossen:

| in den Jahren | von Geschwisterkindern | zwischen Oheim und Nichte | Neffe und Tante |
|---|---|---|---|
| 1876—1885 | 7,07 | 0,62 | 0,14 |
| 1886 | 5,95 | 0,68 | 0,11 |
| 1887 | 6,19 | 0,48 | 0,07 |
| 1888 | 6,03 | 0,44 | 0,06 |
| 1889 | 5,71 | 0,46 | 0,12 |

640) Epilepsie unter den Schulkindern im Königreich Sachsen.
(Zeitschrift für Medicinalbeamte 1891, Nr. 9.)

Bei Gelegenheit der am 2. Dec. 1889 im Königreich Sachsen stattgefundenen Erhebung über die gesammten Unterrichts- und Erziehungs-Anstalten ist auch eine Zählung der an Epilepsie leidenden Schulkinder in allen öffentlichen Volksschulen, in den Vereins- und Stiftungs-, sowie in allen Privatschulen, die den Charakter öffentlicher Volksschulen tragen, ausgeführt. Das Ergebniss dieser Zählung wird im XXI. Jahresbericht des Landes-Medicinal-Collegiums über das Medicinalwesen im Königreich Sachsen für das Jahr 1889 mitgetheilt und sind darnach von 583942 Schulkindern 795 (382 Knaben und 413 Mädchen) mit Epilepsie behaftet gewesen. Ausserdem wurden unter 1119 Zöglingen der Landes-Anstalten für Taubstumme, Blöde, Schwachsinnige 69 Epileptische (45 Knaben und 24 Mädchen) gezählt. Von 10000 Schulkindern litten somit 14,8 an Epilepsie.

Betreffs der Häufigkeit der Epilepsie nach dem Geschlechte ergab sich nur ein sehr unbedeutender Unterschied (14,9 Knaben, 14,6 Mädchen), dagegen zeigte sich eine ganz erhebliche Zunahme der Häufigkeit des Leidens mit den Schuljahren; denn von je 100 epileptischen Schulkindern standen

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| im Alter von | $6^1/_2$—8 Jahren | 8,7 % Knab.; | 8,9 % Mädch.; | überhaupt: | 8,8 % |
| - - - | 8—10 - | 19,4 % - | 16,9 % - | - - | 18,2 % |
| - - - | 10—12 - | 28,3 % - | 27,7 % - | - - | 28,0 % |
| - - | über 12 - | 43,6 % - | 45,6 % - | - - | 45,0 % |

In den Städten wie in den industriellen Bezirken war die Verhältnissziffer der epileptischen Schulkinder eine etwas grössere, als in den Landgemeinden, und kamen z. B. in den 16 grösseren Städten auf 10000 Schulkinder 16,0 derartige Kranke, gegenüber 14,8 im ganzen Königreich.

---

641) Bidrag till Sveriges officiela Statistik 1889. K. Helso- och Sjukvården. (Zur officiellen Statistik. Die Irrenanstalten Schwedens. Stockholm 1891.)

Die Irrenanstalten Schwedens hatten den 31. Dec. 1889 zusammen 2581 Krankenbetten gegen 1513 im Jahre 1876, d. h. in 14 Jahren eine Zunahme von 71 %. 241 haben nichtsdestoweniger vergebens um Aufnahme nachgesucht. Der Referent (Medicinalrath Bolling) macht darauf aufmerksam, dass von den 13016 Irren und Idioten Schwedens ein Drittel (4338) Asylbehandlung nöthig haben, was noch 1757 neue Krankenbetten erfordert.

6,5 % waren Kriminalpatienten. Erblich belastet waren in 4,8 % aller Fälle der Vater, in 9,8 % die Mutter, in 0,6 % Beide, ätiologisch wird abusus spiritus zuerst genannt, 8 %. Prof. Dr. Oedman bemerkt hierzu, er glaubt, dass Abusus den Ausbruch freilich beschleunigen kann, nicht aber die Psychose selbst veranlassen. Abusus ist dem Geschlechte gefährlicher als dem Individuum. Prof. Dr. Kjellberg hebt Nicotinismus als ätiologisches Moment bei primärer Paranoia vor. Oberarzt Dr. Wickström referirt ein Gutachten einen Mörder betreffend, den der Gefängnissarzt zurechnungsfähig gefunden hatte, den er aber als Paronoicus ansehen muss.

Henrik Dedichen (Horten).

---

642) Norges officielle Statistik. R III, Nr. 125. Oversigt over Sindssygeasylernes Virksomhed i Aaret 1889. (Die Irrenanstalten Norwegens im Jahre 1889.)

Die Irrenanstalten Norwegens hatten in 11 Asylen zusammen 1329 Krankenbetten. Im Jahre 1889 wurden behandelt 2092, wovon neu aufgenommen 756, 102 starben. An Demenz litten 757, an Melancholie 523, an Manie (und Paranoia) 604, an Paralysis generalis 34, 203 genasen. Sectionsbefunde werden geliefert, speciell mikroskopische, nur von einem Asyle — Communalanstalt — bei Dr. Harald Holm. Die Statistik giebt nur über die Irrenanstalten Bericht. Angaben über die ausserhalb der Asyle Verpflegten muss man mühsam an vielen anderen Orten suchen. Es waren in Norwegen:

| Im Jahre: | Irren (nicht Idioten): | Auf einen Kranken kommen Gesunde: | Die Asyle hatten Krankenbetten für: |
|---|---|---|---|
| 1825 | 1229 | 855 | 52 |
| 1835 | 1878 | 635 | 118 |
| 1845 | 2227 | 596 | 143 |
| 1855 | 2692 | 553 | 292 |
| 1865 | 3156 | 539 | 783 |
| 1875 | 4568 | 396 | 986 |

Die ersten Zählungen sind ungenau, die für 1875 nach einem veränderten Schema vorgenommen, weshalb sie nicht ohne weiteres mit den übrigen zu vergleichen ist. Henrik Dedichen (Horten).

---

643) Zahl der Idioten in Dänemark.

In dem ausgezeichneten Werke Carlsens „Statistiske Undersögelser angaaende Aandssvage i Danmark“ (Kopenhagen 1891) wird auf Grund einer wesentlich mit Hilfe der Landgeistlichen und der Lehrer aufgenommenen Statistik der Schwachsinnigen in Dänemark die officiell anerkannte Zahl derselben auf 3907 angegeben, während C. auf Grund seiner mit Hilfe der dänischen Aerzte aufgenommenen Zählung 5000—6000 derselben zählt, d. h. 25—30 auf 10 000 Einwohner. Auch Carlsen betont die geringe Anzahl von Idioten in den höheren Altersclassen, d. h. die grosse Mortalität der Idioten. Kurella.

---

644) **Tellegen** (Haag): Het verleden, het heden en de toekomst der Krankzinnigenverpleging in Nederland. (Entwicklung des niederländischen Irrenwesens.) (Psychiatr. Bladen 1890, Bd. VIII, H. 3.)

T. bezeichnet als Schattenseiten des niederländischen Irrenwesens folgende Umstände: 1) bestände die Gefahr, dass die Anstalten zu gross würden, 1300 Kranke wie in Meerenberg, oder 900 wie in Voorburg wären für den dirigirenden Arzt nicht mehr zu übersehen. Bei der Nothwendigkeit,

in den Niederlanden alle zehn Jahre für 1000—1200 Irre neue Plätze zu schaffen, fragt T., ob man nicht auf eine Trennung zwischen Heil- und Pflege-Anstalten zurückkommen müsse; eine auf dem platten Lande gelegene Pflege-Anstalt könne ganz wohl 1000—1200 Patienten beherbergen; die vier holländischen Universitätsstädte gäben die beste Gelegenheit zur Erbauung von ebensoviel Kliniken als reine Heilanstalten. 2) Eine zweite Gefahr läge in der ungenügenden Qualification des Pflegepersonals. 3) In jeder Anstalt müsste der erste Arzt Director sein. 4) Die Psychiatrie müsste ein Examen-Fach werden. Kurella.

---

645) **Van Deventer, Ruysch en Tellegen**: De verbetering van het verplegend personeel in de Nederlandsche Krankzinnigengestichten. (Hebung des niederländischen Wartpersonals.) (Psychiatr. Bladen 1890, Bd. VIII, Heft 4.)

Bericht einer Commission der Niederländischen psychiatrischen Gesellschaft zur Berathung dieser Frage, die in den Niederlanden durch dieselben Missstände hervorgerufen ist, wie in Deutschland. Der jetzige Zustand wird für unhaltbar erklärt, und eine absolute Reorganisation von oben an für nothwendig. Jeder neu anzustellende Director müsste sich vor Allem verpflichten, für eine Hebung des Wartpersonals einzutreten, dazu gehört aber die selbständige Leitung durch den ersten Arzt. Unterricht ist für jeden, für geistliche wie für weltliche Pfleger, unentbehrlich; Hingabe und christliche Liebe genügten nicht.

Der Rapport schliesst mit der Empfehlung, von Seiten der Gesellschaft eine Commission zur Abnahme eines Examens in der Irrenpflege und Ausstellung von Diplomen als Pfleger zu ernennen, und nennt höheren Lohn und gute Behandlung als besonders zweckmässige Mittel. Kurella.

---

646) **Greffié** (Narbonne): Torticollis et asymétrie de la face et du crane. (Montpellier Médical, 2. série, Bd. XV, 1890.)

G. beschreibt einen Fall von hochgradiger Asymmetrie des Gesichts und des Schädels bei Torticollis; es handelte sich um einen 22jährigen Bedienten, der wegen einer einfachen gastrischen Störung in das Krankenhaus aufgenommen wurde.

Dem Verf. fiel die Asymmetrie seines Gesichts, sowie seine Kopfhaltung auf: das Kinn wich stark nach rechts ab, der Kopf war vorgestreckt und nach links geneigt, das Ohr der linken Seite war dem linken Schlüsselbein genähert. Der linke sterno-cleido-mastoideus steht hervor, und zwar in Form einer Schnur von der Dicke eines kleinen Fingers, die sich vom proc. mast. bis zum stern. hinzieht. Der claviculäre Antheil ist nicht sichtbar.

Das Gesicht ist vollständig asymmetrisch. Die — beim normalen Menschen gerade — Linie, die durch die Mitte der Stirn die Nasenaxe entlang nach der Spitze des Kinns geht und den Mund in der Mitte schneidet, zeigt bei dem Patienten eine nach links concave Curve.

Der Unterkiefer ist deformirt. Die Hälfte des Körpers und der linke Ast dieses Knochens sind kürzer als die entsprechenden Theile rechts. In Folge dieser Ungleichheit weicht das Gebiss des Unterkiefers nach der kürzeren Seite ab, und die Zahnreihen passen nicht mehr aufeinander. Die Zähne des unteren Gebisses stehen links vor denen des oberen. Auf der

anderen Seite ist das Gegentheil der Fall. Ebenso ragt links die Unterlippe über die Oberlippe hervor, — rechts ist es umgekehrt. Wegen der lateralen Neigung des Kopfs steht das linke Auge tiefer als das rechte, die Axen der beiden Lidspalten liegen nicht in einer geraden Linie und bilden einen oben offenen Winkel. Die Ränder der Orbita stehen links weiter hervor als rechts, so dass das linke Auge eingesunken erscheint. Das Volumen der bulbi ist ziemlich gleich. Die Schädeldecke ist ebenfalls asymmetrisch, und G. constatirte eine Abplattung des linken Parietalhöckers. Die Kopfhaut ist ebenso wie alle knöchernen und weichen Theile der unteren Gesichtshälfte links dicker als rechts.

Von Rumpfanomalien zeigteder Patient folgende: die linke Schulter ist höher als die rechte; das sternum bildet eine obere, nach links concave, und eine untere, nach rechts concave Krümmung; ferner constatirte G. eine cervicodorsale Skoliose, deren obere Krümmung nach links concav, die untere nach rechts concav ist. Im Uebrigen ist der Patient von kräftigem Körperbau, mittelgross, und zeigt an den Extremitäten keine Veränderung. Seine Intelligenz ist normal. Er giebt an, dass sich die Difformität, an der er leidet, bei keinem Mitgliede seiner Familie findet, dass er selbst ganz wohlgestaltet geboren ist und dass die Entwicklung seiner Difformität im Säuglingsalter begonnen hat, ohne jedoch seine Gesundheit zu beeinträchtigen. Patient hat nicht die geringsten Schmerzen in der Halsgegend und entsinnt sich auch nicht, jemals solche gehabt zu haben.

Auf Rachitis dürfte das Leiden schwerlich zurückzuführen sein, denn dieselbe würde sich nicht auf eine Umgestaltung der Wirbelsäule und Veränderung der Kopfhaltung beschränkt haben, ohne die Extremitäten zu ergreifen. Ebensowenig handelt es sich um Hemiatrophia facialis.

G. bleibt also bei der Diagnose eines Torticollis durch Muskelretraction, die in den ersten Lebensmonaten ihren Anfang genommen hat. Nach G. erklärt in diesem Falle die Retraction des sterno-mastoideus auf ganz natürliche Weise die Rotation des Gesichts nach rechts, die Beugung des Kopfes nach vorn und links, sowie die cervicale Krümmung nach derselben Seite hin. Die dorsale Krümmung nach rechts ist als Compensationskrümmung zu betrachten, hervorgerufen durch die Anstrengungen des Patienten, den Kopf möglichst in verticaler Richtung und die Augen in dieselbe horizontale Linie zu bringen. Die Erhöhung der linken Schulter steht mit der dorsalen Krümmung der Wirbelsäule in engstem Zusammenhang.

Kehrer (Arch. f. Gyn. 1873) hat die Bedeutung der Muskeltraction für die Deformation des rachitischen Beckens betont; diese Tractionen krümmen die durch die Rachitis biegsam gebliebenen Knochen, und die Verknöcherung fixirt sie in ihrer Deformität; dieselbe Wirkung eines retrahirten Muskels auf noch biegsame Knochen, wie sie es in den ersten Lebensmonaten sind, kann man in diesem Fall von Torticollis annehmen. In G.'s Fall ist die linke Parietalgegend abgeflacht. G. erklärt das durch folgenden Mechanismus: Vergleichen wir die linke Hälfte eines horizontalen Schädeldurchschnitts mit einem elastischen Bogen, dessen eines Ende an der gegenüberliegenden Schädelhälfte fixirt, dessen anderes Ende im proc. mastoideus liegt, so muss ein in diesem letzteren angreifender Zug die Krümmung dieses Bogens vermindern, d. h. die Wölbung der betreffenden Schädelhälfte abflachen.

Die durch die Mitte der Stirn an der Achse der Nase entlang nach der

Kinnspitze gehende Linie bildet bei dem Patienten eine nach links concave Curve. Hier hat der sterno-mastoideus nicht direct auf die modificirten Theile gewirkt, sondern durch Zugwirkung auf die Schädelbasis. Je früher der Torticollis erworben ist, desto beträchtlicher werden die Modificationen des Gesichts sein, die erst bei wirklich angeborenem Torticollis ihr Maximum erreichen.

Beim Vergleich des Greffié'schen Falles mit einem von Broca beobachteten, findet man, dass bei ersterem die Gesichtsasymmetrie bedeutender ist als bei letzterem, was sich daraus erklären lässt, dass in dem Greffié'schen Falle der Torticollis sich schon in den ersten Lebensmonaten entwickelte, während der Patient Broca's schon zwei Jahr alt war, als die Krankheit begann.

G. kommt endlich zu folgenden Schlüssen:

1) Eine vor vollendeter Verknöcherung eintretende Retraction des sterno-cleido-mastoideus kann Asymmetrie des Gesichts und des Schädels zur Folge haben.

2) Die Asymmetrie der Schädeldecke rührt von der Zugwirkung des lädirten Muskels auf den proc. mast. her, welche eine geringere Wölbung der entsprechenden Schädel-Hemisphäre bedingt.

3) Die Gesichtsatrophie rührt von der Compression der kranken Hälfte durch die Schädelbasis her, die der retrahirte sterno-cleido-mastoideus herabzieht.

4) Je zeitiger die Muskelretraction auftritt, desto beträchtlicher sind die Veränderungen des Kopfes.

5) Die Retraction des sterno-mastoideus verlangt beim Kinde schleunigste Tenotomie, um einer Fixirung der Difformität durch Verknöcherung vorzubeugen.

Kurella.

---

647) **A. Löwy** (Berlin): Ein Fall von Myxödem bei cretinartigem Wuchs. (Berliner klin. Wochenschr. 1891, No. 47.)

Ein hereditär nicht belastetes, ohne Kunsthilfe und leicht geborenes männliches Individuum, das allerdings im Offenbleiben des Inguinalcanals (beiderseits) und in angewachsenen Ohrläppchen Degenerationszeichen darbot, entwickelte sich während der ersten Lebensjahre körperlich und geistig anscheinend normal. Dann blieb er jedoch im körperlichen Wachsthum zurück, so dass er seiner Kleinheit wegen erst mit acht Jahren zur Schule kam. Im Pubertätsalter trat neben dieser Hemmung des Skelettwachsthums das Ausbleiben der Entwicklung in der Generationssphäre hervor. Psychisch dagegen zeigte er sich in der Schulzeit gut beanlagt, und füllte auch nach derselben elf Jahre lang die Stellung eines Schreibers bei einem Rechtsanwalt vollständig aus: als anormal musste nur das stille, in sich gekehrte, wenig theilnehmende Wesen des Schülers und jungen Mannes gelten. Im Anfang der zwanziger Jahre entwickelte sich ohne bekannte Veranlassung neben allgemeiner motorischer Schwäche Schwellung des Gesichts und der Hände, wodurch sein Vermögen fliessend und deutlich zu schreiben beeinträchtigt wurde. Weil ausserdem seine geistigen Fähigkeiten zu schwinden anfingen, wurde er aus seiner Stellung entlassen. Allmählich nahm seine motorische Schwäche, die Schwellung und der Verfall seiner geistigen Kräfte immer mehr zu.

Bei der Vorstellung in der Berliner med. Gesellschaft war der Kranke 41 Jahre alt, von zwerghaftem Wuchs (125 cm). Die Schwellung im Gesicht, an welcher Stirn, Nase, Wangen, Lippen, besonders aber die oberen Augenlider betheiligt waren, gaben demselben einen stupiden Ausdruck. Erheblicher waren die Schwellungen am Handrücken und an den Fingern. Ausserdem zeigten sich zwei wulstförmige, weich elastische Schwellungen zu beiden Seiten des Halses (nach aussen von den Kopfnickern), die dicht unterhalb des Kehlkopfes begannen und sich noch ein wenig auf das Pectoral maj. hinüberstreckten. Sensibilität erhalten. Bedeutende motorische Schwäche. Gang schwerfällig langsam, schwankend. Sprache langsam, undeutlich, monoton. Fistelstimme (auf mangelnde geschlechtliche Entwicklung deutend, ebenso wie der sehr kleine Penis, das völlige Fehlen der Schamhaare und des Gechlechtstriebes). Leichte trophische Störungen (faserige Beschaffenheit des spärlichen Haupthaares, trockene, mit leicht abschilfernden Schuppen bedeckte Epidermis), geringe Cyanose. — Psychisch völlig dement.

Die Thyreoidea fehlte vollständig.

Wegen der ganz eigenthümlichen Entwicklung dieses Krankheitsfalles, durch welche sich derselbe allein von den analogen durch Bourneville gesammelten Fällen von sporadischem Cretinismus unterscheidet, möchte L. diesen Fall mit Myxödem in nähere Beziehung bringen und denselben als Uebergang vom Myxödem zu der von Bourneville sogenannten idiotie avec cachexie pachydermique darstellen. Hoppe (Allenberg).

---

648) **S. Ottolenghi**: Epilessie psichiche in criminali. (Psychische Epilepsie bei Verbrechern.)

(Arch. d. Psich. d. Psichiatr. scienze pen. etc. 1891, I u. II; Riv. sperim. d. Fren. e Medic. leg. 1890—1891.)

Verf. hat zwölf typische, seltene Fälle von crimineller psychischer Epilepsie untersucht; vier davon betrafen Mörder, fünf Verbrecher gegen die Person, einer einen Deserteur, und zwei Diebe.

Die Mörder zeigten alle den Typus des geborenen Verbrechers, bei drei fand man Tätowirungen. In sechs Fällen fand der Verf. verminderte allgemeine Sensibilität, in vier Fällen sensorischen Mancinismus. In drei Fällen fehlte die Schmerzempfindlichkeit vollständig, die tactile Sensibilität war in vier Fällen stark herabgesetzt. In acht Fällen war die topographische Sensibilität stark verringert; die meteorische und magnetische Sensibilität war bei allen ausgelöscht. Gesichtsempfindung und Farbensinn waren bei allen normal. Geschmacks- und Geruchsempfindung waren in elf, Gehörsempfindung in acht Fällen bedeutend abgestumpft.

Von diesen Verbrechern zeigten vier typische motorische epileptische Anfälle; das psychische Aequivalent, der grosse psychische Anfall, der die psychische Epilepsie charakterisirt, zeigte sich in den zwölf untersuchten Fällen acht Mal. In diesem Zustande versuchte Nr. 1 seinen Gefährten zu ermorden, Nr. 2, der schon drei Morde begangen hatte, wendete sich mit der Waffe in der Hand gegen ein Pferd; Nr. 3 schlug sich den Schädel ein und zündete den Strohsack seiner Zelle an; Nr. 4 tödtete einen alten, wehrlosen Trunkenbold durch wiederholte Schläge mit einem Nagel; Nr. 6 stürzte sich von der Brücke in Zürich herab; Nr. 7 wollte seine Schwester ermorden. Im achten Falle, dem des Soldaten Misdea, der das Gemetzel unter seinen

Soldaten und Vorgesetzten anrichtete, zeigte sich im Anfalle psychischer Epilepsie sexuelle Erregung, die sich bis zu einer Darstellung des Coitus steigerte. In sechs Fällen fand der Verf. Dämmerzustände; dreimal beobachtete er eine längere Zeit nach dem Anfalle einsetzende Amnesie; in allen Fällen konnte er Epilepsie, Geistesstörungen oder Verbrechen bei Eltern oder Verwandten nachweisen. Bei allen zwölf fand der Verf. mangelhaften oder gänzlich fehlenden moralischen Sinn, womit immer eine mangelhafte Entwicklung der Specialsinne Hand in Hand ging. Je schwächer entwickelt die übrigen Sinne, desto beschränkter ist auch der moralische Sinn.

Verf. fand bei den zwölf von ihm untersuchten Verbrechern die criminellen Neigungen sehr verschieden. Alle zeigten den epileptischen Zustand, und mehr oder weniger vollständige, mehr oder weniger intensive psychische Erregtheit; aber während in fünf Fällen der epileptische Zustand sich in mörderischen Handlungen, oft von furchtbarster Grausamkeit, äussert, zeigt sich dieser selbe convulsivische Zustand in fünf anderen Fällen in Handlungen, die vorzugsweise gegen das eigene Leben, oder auch gegen das Eigenthum oder gegen das Schamgefühl gerichtet sind, und der Verf. fand, dass gerade jene Epileptischen, bei denen sich der Anfall in grausamen, gemeingefährlichen Handlungen äussert, mehr anatomische und functionelle, den Verbrecher kennzeichnende Degenerationsmerkmale besitzen, als die Anderen.

Diese Studie weist die Continuität und Aequivalenz zwischen psychischer Epilepsie und angeborenem Verbrecherthum nach. (Autoreferat.)

---

649) **J. L. A. Koch** (Zwiefalten): Die psychopathischen Minderwerthigkeiten. Erste Abtheilung: Die angeborenen andauernden psychopathischen Minderwerthigkeiten. Ravensburg, Verlag von Otto Maier, 1891, XIII und 168 S. 8°.

Die Anzeige des neuen Koch'schen Buchs verspätet sich, mehr als in einem Centralblatt zulässig ist, und zwar deshalb, weil es als „Erste Abtheilung" eines immer noch unvollendeten Ganzen angekündigt ist, und weil es misslich ist, sich ein abgeschlossenes Urtheil über etwas noch unabgeschlossenes bilden zu müssen. Aber die Fortsetzung lässt immer noch auf sich warten, und so soll denn das Fragment dem Studium unserer Fachgenossen dringend empfohlen sein. Es hat die Vorzüge aller Schriften Koch's: Zahlreiche, durch scharfe Beobachtung gewonnene, durch klare Anordnung systematisirte, durch eindringende Analyse aufgeschlossene Erfahrungsthatsachen, gesunde psychologische Grundanschauungen, Freiheit von Ganglienzellen-Hypothesen und psycho-physischem Jargon, kritische Würdigung der übrigen Litteratur, die Anderer Namen und Worte mit weiser Auswahl vorzuführen weiss; zu alledem gesellt sich die originelle Anschauungsweise einer Individualität, der der Blick in die Welt nicht durch Anstaltsmauern gehemmt ist, die sich human und mit Humor eine breite Menschenkenntniss erworben hat, wie sie der echte Irrenarzt braucht, nöthiger braucht als die sublimeren Errungenschaften des Mikrotoms und Chronoskops.

Das Buch stellt sich die Aufgabe, eine höchst umfangreiche Gruppe von Thatsachen und Beziehungen zu schildern, die bisher im Wesentlichen nur als Factoren oder als Ursachen der Psychosen gewürdigt worden sind. Seit Morel's Darstellung der Degenerescenzformen, die doch heute ein vorwiegend historisches Interesse hat, ist, wenn man von den eigenartigen Arbeiten Lombroso's absieht, kein Versuch gemacht worden, das als Zustands-

formen, als Persönlichkeits-Typen zu schildern, was als Disposition, als Belastung und als Degeneration in nebelhaften, unbestimmten Umrissen in Darstellungen der Aetiologie der Psychosen seine Rolle spielte. Es genügt aber nicht, zu wissen, dass ein Belasteter leicht zum Geisteskranken, ein Degenerirter leicht zum Verbrecher wird, es musste auch einmal gezeigt werden, was am Belasteten, am Degenerirten zu constatiren ist, ohne dass er oder ehe er das eine oder das andre geworden ist.

K.'s Buch giebt uns eine Klinik, oder wenn man will, eine Psychologie dieser Zustände, und zwar ganz überwiegend auf Grund der reichen Erfahrung des Autors; wir müssen ihm Dank wissen, dass er, ohne zu speculiren, sich darauf beschränkt, und anerkennen, dass er sich in dieser Beschränkung als Meister gezeigt hat.

Ein Vergleich der Darstellung und ihrer Ergebnisse mit den Leistungen Lombroso's liegt nahe, würde uns aber zu weit führen; Lombroso geht von einem anderen Material aus, wie es in seiner Eigenartigkeit ihm als Gefängnissarzt und Lehrer der gerichtlichen Medicin gegeben war, und das er wesentlich durch biographische Studien ergänzt hat, um es mit anthropologischen Methoden zur Gewinnung einer kühnen Theorie der Degeneration zu durchforschen.

Koch sieht in den degenerativen Zuständen nur einen Theil des Ganzen, das er unter dem Namen der „psychopathischen Minderwerthigkeiten" behandelt. In natürlicher, aus dem Wesen der Sache sich ergebender Eintheilung stellt er zwei Hauptgruppen auf, die andauernden und die flüchtigen psychopathischen Minderwerthigkeiten, von denen jene in die angeborenen und die erworbenen zerlegt werden.

Die vorliegende Darstellung der andauernden angeborenen psychopathischen Minderwerthigkeiten behandle nacheinander: 1) die psychopathische Disposition, 2) die psychopathische Belastung, 3) die psychopathische Degeneration. Den Schluss des Bandes macht eine eingehende Erörterung der Bedeutung der Degeneration für die Zurechnungsfähigkeit, und die Darstellung des Intercurrirens und der Entwicklung von Psychosen bei und aus psychopathischen Minderwerthigkeiten. Den grössten Theil des Buchs, etwa 100 Seiten, füllt die Darstellung der angeborenen psychopathischen Belastung, in der eine fesselnde, an Einzelbeobachtungen und feinen, distinguirenden Bemerkungen reiche Darstellung der zwangsmässigen Bewusstseinserscheinungen („Zwangsdenken") ein besonderes Interesse verdient.

Es soll hier keine Inhaltsangabe gemacht werden, die etwa auf Ersatz der Lectüre des Buchs ausginge; einzelne kritische Bemerkungen, die den Inhalt des Buchs angehen, sollen nach Vollendung des Werks im Zusammenhang vorgetragen werden, formell soll nur bemerkt werden, dass man der Fortsetzung eine etwas sorgfältigere Stilisirung wünschen muss; eine etwas verzwickte Ausdrucksweise, eine Neigung zu Tautologien und die Tendenz, eben Gesagtes durch Einschränkungen, Distinctionen, concessive und restrictive Bemerkungen abzuschwächen, dazu eine eigenthümliche Verwendung des Adjectivs „minderwerthig" erschweren oft die Lectüre und selbst die Auffassung der präcisen Bedeutung einzelner Abschnitte. Auch geht die Hervorhebung des Wichtigen, Fundamentalen und Fundamentalsten durch verschiedenartige Druck-Typen weiter, als didaktisch nothwendig und für den aufmerksamen, verständigen Leser angenehm ist. Kurella.

# V. Tagesgeschichte.

— **Dritte ordentliche Generalsynode, Berlin.** — Auf der Tagesordnung der Sitzung vom 27. November stand zunächst die Berathung über Mittheilungen des Oberkirchenraths über die geistliche Versorgung der Irren. Auf Anträge der Syn. Hack, Nebe und Genossen beschliesst die Versammlung, den evangelischen Oberkirchenrath zu ersuchen, dahin zu wirken, dass entweder durch Anstellung von Anstaltsgeistlichen an den Irrenanstalten, oder, wo dies unausführbar, durch Ueberweisung der geistlichen Pflege der Anstaltsirren an den Parochialgeistlichen diejenigen Geisteskranken seelsorgerisch versorgt werden, bei welchen solches zulässig ist, und welchen bisher die Wohlthat geistlicher Pflege noch nicht hat zu Theil werden können. Der evangelische Oberkirchenrath wird gebeten, die Irrenseelsorger auch ferner in ihrem schweren Berufe zu unterstützen und die Synode empfiehlt, die in den Dienst der Irrenseelsorge eintretenden Geistlichen für ihre Arbeit durch einen etwa achtwöchigen Cursus an einer musterhaft geleiteten Irrenanstalt genügend vorzubereiten.

Zum Schluss gelangt ein Antrag des Berichterstatters Syn. Dr. Baur dahin zur Annahme: „Generalsynode beschliesst, dem Minister der geistlichen etc. Angelegenheiten und dem evangelischen Oberkirchenrath für die Einrichtung der Instructionscurse für innere Mission wärmsten Dank auszusprechen; sie sieht in der Zuziehung von Laien, namentlich staatlicher und kirchlicher Verwaltungsbeamten, auch zu diesen Cursen einen besonderen Segen und bittet dringend um Fortsetzung und Weiterbildung der erprobten und gesegneten Einrichtung.“

— Zu dem von der Commission der internationalen Criminalistenvereinigung ausgearbeiteten Gesetzentwurf über die Behandlung jugendlicher Verbrecher sind nach der „Kreuzzeitung“ bis jetzt 35 Gutachten eingegangen. In drei wesentlichen Punkten stimmen die Gutachten fast überein: 1) Hinaufrücken des Zeitpunktes der Strafmündigkeit, 2) Ausdehnung der Zwangserziehung, 3) Beseitigung der Frage nach der erforderlichen Einsicht. Ueber die Altersgrenze der Strafmündigkeit, ob 14. oder 16. Lebensjahr, über die Zweckmässigkeit der Erziehungsämter, über das Verhältniss der staatlichen und privaten Erziehungsanstalten zu einander gehen die Gutachten auseinander.

— **Société d'hypnologie.** (Rev. de l'hypnot., août 1891.) Unter dem Vorsitze von Dumontpallier hat am 20. Juli d. J. in Paris die erste Sitzung der Société d'hypnologie stattgefunden.

In der Eröffnungsrede wird vom Vorsitzenden als Zweck der neuen Gesellschaft die wissenschaftliche Controlle der täglich im hypnotischen und in analogen Zuständen beobachteten Thatsachen bezeichnet. Die Mitgliederzahl betrug bei der Eröffnung 64 und ist seitdem noch gestiegen.

Die Versammlungen der Gesellschaft sind theils öffentlich, theils privater Natur und finden monatlich statt im Palais des Sociétés savantes. Die Protokolle der Sitzungen werden officiell in der Revue de l'hypnotisme veröffentlicht.

Lehmann.

## Bibliographische Notizen.

Neue Zeitschrift. — La Scuola positiva, Neapel, herausgegeben von Ferri, Garofalo, Fiorretti, C. Lombroso, ist ein juristisch-sociologisches Journal, das der criminellen Anthropologie und Sociologie einen breiten Platz einräumt.

### Eingesandte Bücher.

H. Obersteiner. Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. — Zweite Auflage. Wien, Franz Deuticke, 1892. XI u. 512 p. 8°. 14 Mark.

H. Schmidkunz. Psychologie der Suggestion. Stuttgart, F. Enke, 1892. XI u. 425 S. 8°. 12 Mark.

A. Hückel. Lehrbuch der Krankheiten des Nervensystems. Wien, Franz Deuticke. 303 p. 8°. 6 Mark.

J. A. Ssikorski. Ueber das Stottern. Deutsche Ausgabe von Dr. V. Hinze. Berlin, A. Hirschwald, 1891. 372 p. 8°.

A. Ozereckowski. Ob Isterij w wojskach. (Soldaten-Hysterie.) Moskau 1891, Universitäts-Druckerei. 265 p.

P. Sollier. Der Idiot und der Imbecille. Deutsch von Dr. Paul Brie. Hamburg, L. Voss, 1891. XII u. 226 p. 8°. 5 Mark.

X. Francotte. L'Anthropologie Criminelle. Paris, J. B. Baillière & Fils. 365 p. 8°. Pr. 3,50 Frcs.

Gilles de la Tourette. Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière. (Hystérie Normale on Interparoxystique.) Aavec 46 fig. Paris, Librairie Plon, 1891.

### Buchhändler-Cataloge.

Franz Deuticke in Wien versendet einen „Antiquarischen Lager-Catalog von Werken über Geistes-, Gehirn- und Nervenkrankheiten, der äusserst reichhaltig ist, auch für die ausländische Literatur.

Von der Bielefeld'schen Hofbuchhandlung in Karlsruhe erhalten wir den soeben erschienenen Catalog Nr. 160 über Wasserheilkunde, Luft- und Wasserkuren. Dieser reichhaltige Catalog umfasst in gegen 1020 Werken die Bibliothek eines eifrigen und kenntnissreichen Sammlers. Wohl selten dürfte eine so reiche und werthvolle Sammlung in den Handel gekommen sein. Viele Werke sind aus früheren Jahrhunderten und seit Jahren nicht mehr zum Kauf angeboten worden.

# Inhalt des December-Hefts.

## I. Originalien.


I. Neue Beiträge zur criminellen Anthropologie. Besprochen von J. Morel (Gent) und H. Kurella.

II. Der Topothermoästesiometer. Vortrag, gehalten auf der III. Versammlung russischer Aerzte und Naturforscher. Von Dr. Noiszewski in Dünaburg.


## II. Original-Vereinsberichte.


Zweiter Bericht über die Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Weimar am 18. und 19. Sept. 1891 und über die psychiatrisch bemerkenswerthen Vorträge bei der Naturforscher-Versammlung in Halle. Von Dr. R. Sommer in Würzburg.

Nr. 604) Wildermuth, Zur Fürsorge für Epileptische.

Nr. 605) Roller, Trunksucht mit Bezug auf Zurechnungsfähigkeit.

Nr. 606) Meschede, Kritik einiger das Entmündigungswesen betreffenden Bestimmungen des Entwurfs eines Bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich.

Nr. 607) Moeli, Ueber Syphilis des Nervensystems.

Nr. 608) Marinesco, Kurze Uebersicht über seine mikroskop. Untersuchungen.

Nr. 609) Benno, Demonstration über ein Kehlkopfpräparat.

Nr. 610) Binswanger, Demonstrationen zur pathologischen Anatomie der allgemeinen progressiven Paralyse.

Nr. 611) Siemerling, Neue Beiträge zur Ophthalmoplegia chronica progressiva.

Nr. 612) Fries, Ueber einen Fall von hystero-hypnotischen Zuständen nach Trauma bei einem 24jährigen Locomotivheizer.


### III. Aus Vereins- und Versammlungs-Berichten.


Kgl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

X. Sitzung vom 21. März 1891.

Nr. 613) J. Donáth, Ein Fall von traumatischer Neurose.

XII Sitzung vom 11. April 1891.

Nr. 614) Salgó, Ein Fall von aus dem Kindesalter stammender Gehirnaffection. (Demonstration.)

XIII. Sitzung vom 18. April 1891.

Nr. 615) Eröss, Ein seltener Fall von Mikrocephalus. (Krankendemonstration.)

XV. Sitzung vom 2. Mai 1891.

Nr. 616) Moravcsik, Ein Fall von Hermaphroditismus und Idiotismus. (Krankenvorstellung.)

Nr. 617) Korányi, Ein Fall von Hemiathetosis spastica. (Krankendemonstr.)


## IV. Referate und Kritiken.

### A. Nervenheilkunde.

#### 1. Anatomie und Physiologie.


Nr. 618) Hoche, Beiträge zur Kenntniss d. anatomischen Verhaltens d. menschlichen Rückenmarkswurzeln.

Nr. 619) Borgherini, Schlafähnlicher Zustand bei Thieren, denen das Kleinhirn entfernt wurde.

Nr. 620) Spanbock, Einige Versuche an den motorischen Rindencentren nach Unterbindung der Harnleiter.


#### 2. Specielle Pathologie.

a) Gehirn.


Nr. 621) Darkschewitsch, Ein Fall von frühzeitiger Muskelatrophie bei einem Hemiplegiker.

Nr. 622) Kronthal, Beobachtungen über die Abhängigkeit der Degenerationen

in den peripherischen Nerven von der Zerstörung ihrer Kernursprünge; im Anschluss an einen Fall von Bulbärparalyse u. amyotroph. Lateralsklerose.
Nr. 623) Schulz, Zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems.

b) Neurosen.

Nr. 624) Westphal, Ueber Kopfschmerzen gastrischen Ursprungs.
Nr. 625) Charcot et Guinon, A propos d'un cas d'hystérie masculine.
Nr. 626) Charcot, Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber.
Nr. 627) Guinon et Woltke, De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionelle de l'attaque hystérique.
Nr 628) Chervin, A propos du bégayement hystérique.
Nr. 629) Ballet, Note à l'occasion du mémoire de M. Chervin.

### 3. Bibliographie.

Nr. 630) Demme, Ueber den Einfluss des Alkohols auf d. Organismus des Kindes.
Nr. 631) Ringier, Erfolge des therapeutischen Hypnotismus in der Landpraxis.
Nr. 632) Wichmann, Der chronische Gelenkrheumatismus u. seine Beziehungen zum Nervensystem.

## B. Psychiatrie.

### 1. Pathologie.

Nr. 633) Ostermeyer, Zur Lehre vom Zwillingsirrsein.
Nr. 634) Snow, Krebs in seinen Beziehungen zur Geistesstörung.
Nr. 635) Séglas, Note sur le dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psycho-motrices.
Nr. 636) Sérieux, Note sur un cas de paralysie hystéro-traumatique des quatre membres.

### 2. Irrenstatistik und Anstaltswesen.

Nr. 637) Rank, Die familiale Irrenpflege mit besonderer Berücksichtigung der öffentl. Irrenfürsorge in Würtemberg.
Nr. 638) Kalisch, Ueber die Verbreitung und Verhütung der Lungenschwindsucht in Irren-Anstalten.
Nr. 639) Heirathen zwischen Blutsverwandten in Preussen.
Nr. 640) Epilepsie unter den Schulkindern im Königreich Sachsen.
Nr. 641) Zur officiellen Statistik.
Nr. 642) Die Irren-Anstalten Norwegens im Jahre 1889.
Nr. 643) Zahl der Idioten in Dänemark.
Nr. 644) Tellegen, Entwicklung des niederländischen Irrenwesens.
Nr. 645) Deventer, Ruysch en Tellegen, Hebung des niederländischen Wartpersonals.

## C. Degenerations-Anthropologie und Criminalistik.

Nr. 646) Greffié, Torticollis et asymétrie de la face et du crane.
Nr. 647) Löwy, Ein Fall von Myxödem bei cretinartigem Wuchs.
Nr. 648) Ottolenghi, Psychische Epilepsie bei Verbrechern.
Nr. 649) Koch, Die psychopathischen Minderwerthigkeiten. Erste Abtheilung.

# V. Tagesgeschichte.

Die innere Mission auf der letzten Generalsynode. — Gesetzentwurf über die Behandlung jugendl. Verbrecher. — Société d'hypnologie. — Bibliograph. Notizen.

Pierer'sche Hofbuchdruckerei. Stephan Geibel & Co. in Altenburg.

# Namen-Register.


**A.**

Achard 21. 210.
Adamkiewicz 361.
Adler 227. 411.
Agostini 466.
Ahrens 176.
Algeri 40.
Althaus 476.
Anderson 493.
Ankersmit 514.
Ardù 511.
Audry 212.
Auché 209.

**B.**

Babinski 123. 479.
Baillarger 144.
Ball 173.
Ballet 123. 172. 552.
Barr 218.
Barwinski 420.
Bechterew 18. 70. 263. 264. 405. 406. 505.
Beevor 106.
Benno 539.
Berkmann 176.
Bernhardt 344.
Bettencourt 43.
Bianchi 41.
Bjeljakow 139.
Bjerrum 480.
Bihaut 42.
Binswanger 437. 539.
Bissel, H. W. 417.
Blocq 157.
Blumer 93.
Blumenau 347.
Boedecker 253.
Boekhoudt 177. 510.
Boix, E. 318.
Bonnaud 24.
Booth 121.
Borgherini 308. 478. 546.
Boulloche 107.
Bourneville 31. 129. 167. 564.
Bouveret 418.
Brasch 343.
Brissaud 354.
Brosius 399.
Bronson, E. B. 20.
Brown, Ch. H. 161.
Brugia 467.
Bruns 439.
Buchholz 121.
Buttenberg 393.
Büttner 483.
Buzdygan 360.

**C.**

Camuset 124. 172.
Carlsen 560.
M'Caskey, E. 10. 213.
Cerna, D. 171.
Chantemesse 44. 137.
Chapin 93.
Charcot 76. 80. 353. 356. 363. 538. 550. 551. 555.
Charles 112.
Chaslin 471.
Chatelain 281.
Chervin 552.
Chevalier 418.
Chiari 448.
Christian 22.
Churchill 217.
Clouston 284.
Corning 36.
Corre 527.
Cox 467.
Cramer 257. 407.
Curtis 136.

**D.**

Dagonet, H. 128.
Dana, Ch. L. 79. 122. 166. 357. 473.
Darschkewitsch 157. 464. 547.
Darlington 208.
Debove 136.
Decès 93.
Delbrück 364.
Demme 552.
Deventer 274. 398. 514. 561.
Dieulafoy 137.
Diller, Th. 174.
Dillingham, F. H. 170.
Dinter 394.
Diomidow 360.
Donath 541.
Dornblüth, O. 176. 225. 420.
Dortel 525. 526.
Doursont 476.
Dowd, C. N. 213.
Drzewiecki 35.
Dujardin-Beaumetz 219.
Dumin, Th. 223.
Duplay 23.
Duponchel 42.

**E.**

Edwards 30.
Eeden, van 398.
Effen, van 274.
Eichberg, J. 211.
Eichhorst 354.
Elkins 41.
Erb, W. 409.
Erlenmeyer 120. 457.
Eröss 543.
Eulenburg 215. 219. 355. 529.
Euren 350.
Exner 302.

**F.**

Fauser 274.
Féré 321. 419.
Ferguson 105. 155. 170.
Ferrari 466.

Ferri 512.
Fick 221.
Fischer, E. D. 114.
Flechsig 538.
Francotte 156.
v. Frankl-Hochwart 408.
Frenkel 84.
Freund 290. 487.
Frey 273.
Friedenreich 314.
Friedmann 155. 488.
Fries 540.
Friis 305. 368.
Fronda 221.
Forel 126. 321. 554.
Fumagalli 319.
Funkhouser, R. 81.

G.

Galippe 362.
Gardner, W. S. 207.
Garosci 515.
Geill, Chr. 364.
Gellhorn 494.
Gibney, V. P. 22.
Giessen, J. v. 156. 185.
Gilbert 45.
Gilles de la Tourette 27. 30. 568.
Giovanni 513.
Girandeau 418.
Gnauck 343.
Goldflam 107. 315.
Goldscheider 308. 481.
Goldstein 221. 415.
Grabe 506.
Gradenigo 39. 105. 233.
Grasset 168.
Gray, L. C. 45. 167.
Greffié 561.
Greidenberg 138. 223.
Grimaldi 511.
Growbridge 358.
Gucci 86. 480.
Guldenarm 272.
Guinon 27. 29. 117. 311. 482. 550. 551.
Guire, Mc. H. 45.

H.

Hadden 485.
Haes 405.
Hahn 21. 294. 297.
Halbertsma 42.
Hallager 485.
Hamburger 262.
Hammond 214.
Hansen 475.
Harriet 20.
Harrison, C. 212.
Havage 209.
Haubold, H. A. 36.
Hay, C. M. 176.
Hebold 70. 261.
Heese 447.
Henry 416.
Herrmann 176.
Herter 478.
Hess 220.
Higier 477.
Hirschberg 411. 342.
Hitchcock 215.
Hoche, A. 203. 545.
Hochhaus 164. 348.
Holm 492. 560.
Holmboe 483.
Holt 156. 208.
Holst, v. 494.
Holsti 215.
Homans, J. 272.
Homen 162. 164. 177. 413.
Horsley 73. 106. 170. 493.
Hösel 440.
Hospital 135.
Hösslin 231.
Hoyt 35.
Huet 27.
Huysman 272.
Hwass, Th. 81.

J.

Jacobsohn, L. 157.
Jastrow 206. 300.
Joachimsthal 313.
Joffroy 210.
Jolly 253. 255. 428. 438.
Jutrosinski 232.

K.

Kalisch 556.
Kämpfer 124.
Kayser 487.
Keans 25.
Keller 363.
Keraval 33.
Kiaer 119.
Kiefer 289.
Kjellberg 559.
Kiernan 87.
Klebs 402.
Klinke 223.
Klippel 407.
Knies 358.
Koch 78. 232. 565.
Köhler 175. 314.
Koenig 341.
Kölliker 204.
Koranyi 544.
Korsakow 222.
Koschewnikow 138.
Kowalewski 88. 125.
Krauss 28.
Krafft-Ebing, v. 87. 333. 437.
Kriege 124.
Krinier 34.
Krönlein 490.
Kronthal 548.
Kurella 337. 395. 521.
Kusnetzoff 319.

L.

Lacharrière 25.
Lacroix 24. 413.
Ladame 173. 507.
Ladreit 25.
Laehr 430.
Lannelongue 416.
Laquer 312. 407.
Laschi 237.
Laszczenko 376.
Laurent 522.
Lavornau 44.
Ledderhose 489.
Lee, G. H. 215.
Leegaard 489.
Leishmann 26.
Leppmann 342.
Lewin 299.
Lissauer 295.
Lombard 70.
Lombroso 71. 85. 235. 237. 333. 471. 511. 513. 515. 524. 528.
Lorenz 352.
Löwenfeld 497.
Löwy 301. 561.
Luys 42.

M.

Macdonald 82.
Malapert 416.
Marandon de Montyel 131.
Marie 474.
Marik 311.
Marinesco 157. 474. 538.
Markwald, M. 262.
Massalongo 162.
Mathieu 417.
Mattison 169. 170.
Mayerhausen 221.
Medin 114.
Mendel 427.
Mercklin 276. 506.
Meschede 535.
Metter, H. 207.
Michelson 206. 263. 301.
Miles, A. 79.
Milianitsch 360.
Mingazzini 261. 283. 465.
Minor 139. 185.

Mislawski 405.
Mispelbaum 224.
Moeli 434. 538.
Moell 258.
Moll 91.
Moravscik 37. 134. 543.
Mordhorst 271.
Moreau 128.
Morel 381. 521.
Morselli 133. 468. 507.
Morton 220.
Mott 72.
Moyer 217.
Muratew 138.

N.

Näcke 68. 227. 234.
Neisser, C. 132.
Neumann 106.
Neustab 82.
Nieden, A. 277.
Niermeyer 273.
Niessen 158.
Nissen 315.
Noble 358.
Noiszewski 10. 241. 529.
Nolda 407.
Nonne 108.
Nötel 433.
Novello 305.
Novi 467.

O.

Onanoff, J. 105.
Oliver 112.
Oppenheim 319. 345. 445.
Ostermayer 229. 555.
Ottolenghi 71. 564.

P.

Parinaud 311.
Parmentier 117. 307.
Parsons 231.
Pätz 444.
Pel, P. K. 168.
Pelman 426.
Peltesohn 491.
Penta 133.
Perez, B. 301.
Permwan 106.
Persyn 91.
Peterson 486.
Peyer 84.
Pick, A. 84. 85. 350.
Pilliet 129.
Pineles 159.
Piotrowski 361.
Poole, D. 25.
Popow, N. M. 317.
Porcher 35.
Poulsen 400.
Powell, A. M. 30.
Preyer 321.
Prince, M. 417.
Pritchard, W. B. 117.
Prudden, M. 208.
Pulawski 108.
Putnam 310. 356.

R.

Rabow 171. 177.
Raymond 120.
Raymondaud 43.
Redlich 210. 406.
Regnier 497.
Reid 464.
Remak 163. 255.
Renzi, de 119.
Retzius 71. 347.
Reuder, H. 210.
Reynolds 359.
Richet 281.
Richter 124.
Ringier 554.
Rixa 217.
Rohring 169.
Roller 428. 531.
Roscioli 482.
Ronaldson 29.
Rosenbach 503. 509.
Rosenberg, J. 215.
Rosse 129.
Rossolimo 306.
Roth 318.
Roubinowitsch 377.
Rousset 451.
Russel 83.

S.

Sachs 442.
Salgó 226. 542.
Salomonson 114. 160. 273.
Sass 310.
Schäfer 72.
Schaffer 26. 309. 472.
Scheffels 77.
Schmauss 120.
Schmitz 224.
Schnopfhagen 202.
Schou 475.
Schönberg 470.
Schubert 174.
Schuchardt 135.
Schüle 222.
Schütz 347.
Schulz, R. 549.
Schwabach 77.
Seeligmüller 48.
Seglas 129. 557.
Selmer 484.
Semon 73.
Sérieux 168. 557.
Serger 227.
Sherrington 404.
Siemens 131. 278. 450.
Siemerling 108. 540.
Sighele 516. 527.
Sighicelli 512.
Simon 126.
Sinkler 22.
Sioli 129.
Smyth 275.
Snow 557.
Söderbaum 361.
Sommer, R. 435. 461. 530.
Sollier, P. 34. 43. 129. 167. 370. 416. 528.
Souques 34. 123. 311.
Spanbok 547.
Ssikorski 139.
Stanley, A. L. 210.
Stauffer 481.
Stephanowsky 375.
Stembo 414.
Stone 45.
Surmont 28.
Svenson 349.

T.

Tamburini, A. 40.
Tanzi 307. 469.
Tarde 527.
Targowla 33.
Taylor 83.
Tebaldi, A. 40.
Tellegen 396. 398. 560. 561.
Thamm 491.
Thomson 125.
Tiling 173.
Tissier 123.
Tscherback 19.
Török, A. v. 184.

U.

Ufer 33. 232.
Upson 104.

V.

Vanotti 234.
Vassale, G. 319.
Ventra 221.
Verneuil 43.
Vidal 44.
Vizioli 486.

Voigt 492.
Vorster 228.

W.

Wallace 21.
Waldeyer 404.
Walsem, v. 511.
Walton, G. 272.
Wassiljew 405.
Watts, C. W. 214.
Weber 258.
Wefers 228.
Weitzel 510.
Weissenberg 121.
Wendel, A. V. 217.
Werdnig 119.
Westphal, H. 550.
Wetterstrand 172. 183.
Wichmann 554.
Wickström 559.
Wiederhold 485.
Wildermuth 283. 284. 430. 530.
Willerup 368.
Williams 235.
Wilmarth 113.
Wilson, G. W. 114.
Winkler 272. 274. 275.
Windscheid 273.
Withmer 505.
Woltke 551.
Wolzendorff 222.
Worcester, W. 129.
Wright 406.
Wyeth 218.

Z.

Zagari 225.
Zander 392.
Zenner 172.
Zerbaglio 234.
Ziehen 205. 419. 443.
Zwaardemaker 264. 273.

# Sach-Register.


## A.

Abasie 76. 214. 215. 319. 417.
Abducenslähmung 311; —, nach Bruch der Schädelbasis 314.
Abstinenz in Psychosen 101.
Abulie 331.
Agoraphobie 277.
Aderlass, Mittel gegen Sonnenstich 36.
Akromegalie 215. 380; —, frühzeitige 28. 29; —, nach Schreck 168; — und Geistesstörung 85; —, Pathol. Anatomie der 474.
Albuminurie, Beziehungen der, zur Puerperaleclampsie 207.
Alkohol, Einfluss auf Kinder 532; — -Paralyse 138; — -Psychose 294.
Alkoholismus, Automatismus bei 376; —, bei Kindern 553; —, Beziehungen zur Dementia paralytica 451; —, chronischer, cerebraler 452; —, erbliche Verhältnisse 553; —, forensische Casuistik des 38.
Amylenhydrat 227; — bei Epilepsie 258.
Amyloidkörperchen des Nervensystems 406.
Anästhesie, hysterische 122; —, rechtsseitige 358.
Analreflex 306.
Angina pectoris nach Influenza 169.
Anomalien bei Verbrechen 133; —, psychische bei Michelangelo 85.
Anpassung, intrauterine 9.
Anstaltsbericht aus Frankfurt a. M. 130; — aus Lauenburg i. Pom. 131; — aus Langenhagen 232; — aus Meerenberg 91; — aus Neuwittelsbach 231; — aus Pensylvanien 92; — aus Rotterdam 92; — aus Utica 93; — aus Utrecht 91.
Anstaltspersonal und seine Recrutirung 131.
Anthelix, Missbildungen des 233; —, Morphologie des 105.
Anthropologie, criminelle 133. 233. 512. 521; — der Frauen 68. 513; — und Epilepsie 564.
Antipyrin bei Epilepsie 493.
Aphasie bei Influenza 25; — -Frage, gegenwärtiger Stand der 434; —, motorische und sensorische 413; —, nach Trauma des Stirnlappens 26; —, sensorische 320. 411; —, transitorische nach Typhus 25.
Aphonia spastica 78.
Apomorphin bei Convulsionen 493; — -Gebrauch 170.
Arsenik im Urin 310; — -Injectionen 217; — -Lähmung 311; — -Vergiftung 210.
Arterien, Syphilis der 538.
Asphyxie durch Kohlenoxyd 44.
Astasie-Abasie 214; — bei einem Hysterischen 417; — bei Hysterie 319; — bei morbus Basedowii 215.
Asymmetrie des Gesichts 561.
Ataxie 84; —, frontale 440; —, hereditäre 314; — nach Typhus 478; —, Verhalten der Knochen bei 22.
Atavistische Windungstypen 284.
Athetose, infantile nach Diphtherie 343.
Atrophie des Kleinhirns 468.
Atropin, sedative und hypnotische Wirkung des 229; —, Attonität 146.
Aufmerksamkeit bei Schwächezuständen 370.
Aufnahme freiwilliger Geisteskranker 231.
Aufruhr 528.
Augen-Bewegungen, corticale 72; — -Muskeln, corticale Innervation der Centren 359; — -Muskellähmungen 358; — -Muskellähmungen bei Tabes 253; — -Muskelstörungen bei Epilepsie 112; — -Muskelstörungen bei Imbecillität 112.
Automatismus, ambulatorischer 42. 44.

## B.

Balken, faradische Reizung des 72; — Faserverlauf im 73.
Baillarger, Nekrolog 144.
Basedow'sche Krankheit 359; —, Astasie-Abasie bei 215; — und motorische Störungen 418; — und Geistesstörung 395.

Basedow'sche Krankheit mit Trance-Zustand 376; —, hereditäre 215; — und Myxödem 125; — bei Syringomyelie 210; — und Koprostase 379; —, chirurgische Behandlung der 379.
Basilararterie, Embolie der 481.
Belastung, psychopathische 566.
Beischlaf, unvollständiger 84.
Beri-beri 140.
Bettbehandlung der Irren 132. 399; — und Zelle 70.
Bewegungsstörungen, ataktische 84.
Bewegungen, der Charakter und die 301.
Blitz als Krankheitsursache 486. 487.
Blödsinn im Landrecht 535.
Blut-Druck 350; — -Kreislauf im Gehirn 19; — -Untersuchungen bei Geisteskranken 278.
Blutsverwandtschaft und Ehe 558.
Bromäthylen 379.
Bromismus 321.
Bromkali bei Epilepsie 466; — -Salze, Wirkung auf die Circulation im Gehirn 19.
Brown-Séquard'sche Lähmung 119. 353.
Brücke, Erweichungsheerde in der 185; —, Kleinhirnverbindungen der 465.
Bulbärparalyse 136. 482.

## C.

Cachexia strumipriva 125; —, Therapie 320.
Capillargefässe 466.
Capsula interna, Fasern für Respiration 72.
Carcinom, periphere Neuritis bei 209; — und Psychosen 557.
Carotis cerebralis, Aneurysma der 315.
Catalepsie 42.
Cauda equina, Compression der 312; —, Erkrankung der 268. 355.
Centralnervensystem 108; —, Anatomie des 404; —, familiäre Erkrankungen d. 108; —, neue Färbungsmethode 205; —, feinere Anatomie des 204; —, syphilitische Erkrankungen des 221.
Centralwindungen 440.
Cerebellum, Histologie des 467.
Cerebral-Läsion, Muskelatrophie nach 308.
Cerebrospinal-Meningitis beim Kinde 208.
Cetaceen, Gehirn der 2.
Charakter, der, und die Bewegungen 301.
Chloralamid 34. 227. 228.
Choc nerveux local 168.
Chorea hereditaria 253; —, pathol. Anatomie der 79.
Choreiformer Tremor bei Hysterie 137.
Circuläre Psychosen 174. 175.
Collaps, Kochsalzinjectionen bei 101.
Colloid-Körper im Hirn 79.
Commissur, Guddens 465; —, Meynerts 465.
Compression der Cauda equina 312.
Conceptionsverhinderung 511.
Conjugirte Deviation 106.
Conträre Sexualempfindung 439.
Contractur, willkürliche, bei einem Hysterischen 416.
Conus medullaris, Erkrankung des 268. 355.
Convergenzlähmung 265.
Convulsionen, epileptiforme 417; —, Apomorphin bei 493.
Coprolalie 363. 415.
Craniectomie bei Hydrocephalus 218.
Craniologie französischer Verbrecher 522.
Craniometrie, Netzplanimeter für 461.
Cretinismus und Myxödem 563.
Criminalistik der Epileptiker 564.
Criminalstatistik 527.
Criminalpsychologische Fälle 126.
Criminelle Anthropologie 39. 68. 133. 233. 235. 286. 333. 512. 513. 521. 523. 526. 564.

## D.

Degenerescenz, psychische 566.
Degeneration der Nerven nach Kernläsionen 548; — der Rückenmarkshinterstränge 210; —, episodische Syndrome der 376; —, secundäre 472; —, secundäre multiple 472; — und Hysterie 377; —, psychopathische 506; — -Zeichen 523; — -Zeichen, Bedeutung der 134; — -Zeichen, Entstehung der 4; — -Zeichen bei Frauen 513; — -Zeichen bei verbrecherischen Neigungen 134.
Delirium acutum 174. 492; —, chronisches 128; — tremens, Temperatur bei 305.
Demenz, Rindenfasern bei 33.
Dementia paralytica, periphere Neuritis bei 84; — paralytica, Prodromalstadien 420; — progressiva 177. (Siehe auch Paralyse, progressive.)
Diabetes mellitus, Fehlen des Patellarreflexes bei 160. 267; —, Neuralgien bei 199; —, Paraplegie bei 80.
Diagnostik der Psychosen 232.
Diphtherie, centrale Affection nach 343; —, Lähmungen nach 348.
Disposition, psychopathische 566.
Dissociation der Vorstellungen 493.
Doppelbildung des Rückenmarks 157.
Drucksinn 300.
Drüsennerven 71.
Duboisinum 229; — sulfuricum als Hypnoticum 494.
Duelle, Statistik der 234.
Dynamit-Explosionen, Producte der 208.
Dysarthrie, Expirationsstrom bei 308.
Dyslexie 121. 271.
Dysmorphophobie 507.
Dystrophia, myxödematoide 416; —, musculäre progressive 402.

## E.

Echolalie 415.
Elektricität, erzeugt durch Respiration 262; —, statische 220; —, statische, Wirkung der 361.
Elektrophthalm 10.
Elektrotechnik 219.
Elektrotherapie in Norwegen 489.
Elektrotonus 467.
Encephalitis chronica 130.
Endocarditis ulcerosa 481.
Entmündigung 535.
Entwicklungshemmung des Gehirns bei Idioten 283.
Epigastrium, Empfindungen im 504.
Epigraphik Prostituirter 515.
Epilepsie und Epileptische 419. 215; —, Augenstörungen bei 112; —, corticale, durch Gliosarkom 320; —, Jackson'sche 457; —, klinische und therapeutische Untersuchungen 129; —, procursiva 483; —, Anfälle bei Reëvolution nach 350; —, Windungsanomalien bei 283; —, Statistik in Sachsen 559; —, Behandlung der 172; —, Behandlung der, mit Amylenhydrat 258; —, geheilt durch Antipyrin 493; —, Bromkali bei 466; —, diätetische Behandlung d. 170; —, der constante Strom bei Behandl. der 273; —, Temperament bei 185.
Epileptiker-Anstalten, Organisation der 530; —, Fürsorge für 430. 530; —, Fürsorge für die, in Frankreich 456. Epileptiker, verbrecherische 504. 526.
Ergotin-Therapie 492; —ismus 264.
Erinnerungstäuschungen bei polyneuritischer Psychose 222.
Ermüdung der willkürlichen Bewegungen 75.
Erythromelalgie 217.
Erythropsie bei progressiver Paralyse 507.
Exalgin 171.
Exanthem nach Alkoholgenuss 124.
Exhibition 135.
Exophthalmus, Sympathico-Genese des 447.
Extase, pathologische 498.

## F.

Facialis, sensible Fasern im 409; — -Lähmung 311; — -Parese, centrale, doppelseitige 266. 476; — -Lähmung, acute infantile 115; — -Lähmung, hysterische 137. 382. 550; — -Lähmung, rheumatische 408; — -Lähmung nach Sulfonal 170.
Familiäre Psychosen 177.
Färbungsmethode, neue, des Centralnervensystems 205; —, Wolter'sche 405.
Fascination 42.
Faserschwund bei progressiver Paralyse 347.
Franklinisation 220.
Friedreichs Krankheit 314. 161; —, pathol. Anatomie 157.
Frontallappen, Läsion des 26.

## G.

Gähnen, hysterisches 27. 356.
Galvanismus bei Epilepsie 273.
Galvanometer 219.
Ganglienzellen, Veränderung der 309; — bei acuter Myelitis 155; — des Rückenmarks, Vertheilung der 203.
Gaumen-Missbildung 285.
Gedächtnissspuren, Entstehung der 241.
Gedankenübertragung 281. 511.
Gefangene, geisteskranke 523.
Gehirn, siehe Hirn.
Gehör, ein Gesetz unseres 264; — -Organ, Erkrankungen des 139; — -Anomalien bei Schreckneurose 487.
Geistige Getränke, Missbrauch der 450.
Geistliche in Anstalten 507.
Gelenkaffectionen, hysterische 417; —, Rosenbachs 114; — -Rheumatismus, chronischer 554.
Genitalien bei Verbrechen 524.
Geisteskranke, Blut der 275; —, Blut und Urin der 275.
Geisteskrankheit, chronische, nach Alkoholmissbrauch 294.
Geistesschwäche und Dispositionsfähigkeit 537.
Geistesstörung, bei morbus Basedowii 395; — nach Beckenabscess 176; —, forensische und medicinische Bedeutung der 235; —, Grenzgebiet der 129; — mit Mord u. Selbstmord 41; —, puerperale mit Amnesie, Astasie, Abasie und Verfolgungswahn 129; — In der Schule 232 (s. Irresein, Psychosen).
Geschlechtssinn, krankhafte Erscheinungen des 135.
Geschmacks-Empfindung im Kehlkopf 206. 263; — -Sinn, periphere Nervenbahnen des 105.
Gesetz gegen Missbrauch geistiger Getränke 450.
Gesichtsatrophie 317; —, halbseitige 164.
Gesichtskrampf 491.
Gesichtsfeldeinschränkung bei Platzangst 277; —, Verschiebungstypus der 293.
Gewohnheitstrinker 532 f.
Gilles de la Tourette'sche Krankheit 414.
Gleichgewichtsstörungen bei Stirn-Hirn-Tumoren 439.
Gliom des Schläfenlappens 320.
Gliosarkom der Centralwindungen 320.
Goldchlorid, Färbung mit 104.

Goll'sche Stränge bei Hirnsyphilis 538.
Grosshirnwindungen, Entstehung der 202.

H.

Haematoma durae 480; — des Schildknorpels 539.
Hallucinationen bei hysterischen Anfällen 551.
Hämorrhagie im Kleinhirn 25.
Hebephrenie 289.
Heerdsymptome der Paralyse 295.
Helix, Missbildungen des 233.
Hellsehen 281.
Hemiageusie 294.
Hemianopsie 213; — partialis 480; — nach Verletzung des Hinterhauptlappens 481.
Hemianosmie 294.
Hemiatrophia facialis 164. 317.
Hemiparese bei Epilepsie 134.
Hemiplegie 480; — brachiocephale 480; —, Gefässinnervation bei 350; —, gekreuzte, spinale 353; —, gleichseitige Facialis-Abducenzlähmung 312; — und Muskelatrophie 547; — und Oculomotoriuslähmung 557.
Heredität bei Alkoholismus 553.
Hermaphroditismus 543.
Heterotopie des Rückenmarks 157.
Heufieber, Vorbeugung 217.
Hinterhaupt, Missbild. bei Torticollis 337. 561; — -sgrube, mittlere, der Primaten 133; — -Lappen, Faserverlauf im 442.
Hinterstränge, Verbindungen mit den Centralwindungen 440.
Hirn, Blutkreislauf im 19; —, das, von 100 schwachsinnigen Kindern 113; — der Verbrecher 524; —, embryonale Entwicklung des 347; —, grosses 114; —, Sectionsbefund nach Kopfverletzung 79; —, Tumor der Zirbeldrüse 482; — -Abscess 490; — -Abscess nach otitis media 213; — -Capillaren, Darstellung 466; — -Chirurgie 272. 319. 490; — -Erkrankung, durch Syphilis bedingt 457; — -Erkrankung, Trepanation bei 361; — -Erscheinungen, schwere, nach acuter Infection 415; — -Erschütterung, anatomischer Befund nach 488; — -Erweichung bei Lues 109; — -Gefässe, hyaline Entartung 489; — -Geschwulst, Sehstörung bei 342. 411; — -Gliome 121; — -Gumma 109; — -Krankheiten, infantile 542; — -Nerven, trophischer Einfluss ihrer Kerne 548; — -Oberfläche, Projection auf die Schädelnähte 461; — -Phantom 221; — -Rinde, Erregbarkeit der 547; — -Rinde, Fasern der 33; — -Rinde, elektrische Reizung der 106; — -Sklerose, Histol. der 471; — -Sinus und springende Thrombose der Extremitätenvenen 120.
Hirn-Tuberkeln mit Zwangsbewegungen 270; — -Tumor 358; — -Tumor, Symptomatologie des 269; — -Windungen, Entstehung der 1; — -Windungsanomalien 283; — -Windungs- u. Schädelbild, photograph. Combination von 461.
Höhlengrau, centrales, Fasern des 347.
Hörcentrum 155.
Husten, nervöser 78.
Hydrocephalus und Kleinhirnwindungen 448.
Hydrophobie 167.
Hygiene der Nerven- und Geisteskrankheiten 88.
Hyoscin, Anwendung bei Geisteskranken 368; — -Vergiftung 227; —, Wirkung des 227.
Hyperhydrosis 349.
Hypertrichosis lumbalis 313.
Hypertrophie des Kleinhirns 468.
Hypnal 169.
Hypnotica, Amylenhydrat 227; —, Atropin 229; —, Duboisin 229; —, Chloralamid 34. 227. 228. 368; —, Hyoscin 227. 512; —, Paraldehyd 35; —, Phenacetin 35; —, Sulfonal 228.
Hypnose, Bedeutung der, im Strafrecht 179; —, forensische Bedeutung der 199; —, Herbeiführung der 36; —, therapeutische Anwendung in den Irrenanstalten 437.
Hypnotismus 321; —, der, und seine Anwendung 183; — -Epidemie in Amerika 37; —, Gefahren des 36; —, historisches 497; —, Bibliographie 321; —, Gesellschaft zur Erforschung des 567; —, therapeutische Erfolge 554.
Hypnotisirte, Gesichtsvorstellungen der 71.
Hypoglossus-Ursprung 261.
Hypophyse, Hypertrophie der 475.
Hysterie, Abasie-Astasie bei 214; —, ätiologische Factoren der 550; —, Anästhesie bei 122; —, Anfälle bei 551; —, Behandl. der 494; — und Degeneration 377; —, Epidemien von 500; —, Paresen der unteren Facialiszweige bei 137; —, Facialislähmung bei 382; —, hypnotischer Zustand in der 28; —, etc. Hypnotismus bei 239; —, therapeutische und klinische Untersuchungen 129; —, Kindesmord bei 135; — im Kindesalter 483. 484; — bei Knaben 483; — beim Manne 123. 136. 292. 377. 550; —, Pemphigus bei 239; —, Stottern bei 123. 552; —, Charakter der Symptome 495; —, Tachypnoe bei 356; —, Zurechnungsfähigkeit bei 41.
Hystero-Epilepsie bei jungen Männern 167; — -Hypnose 540; — -Neurose u. Melancholie 217; — -Traumatismus 557; — -Traumatism. nach localem Choc. 168.

## I. J.

Ideen, fixe 331.
Ideenflucht 443.
Idiotie, Ascendenz bei 31; —, Athetose bei 544; —, Gaumendeformität bei 285; —, Entwicklungshemmung des Gehirns bei 283; — und Hermaphroditismus 543; —, Hysterotraumatismus bei 557; — und Mikrocephalie 543; —, myxödematöse 31; — und Myxödem 563; —, Pathologie der 129; —, pathol. Anatomie 542; —, pathol. Anatomie des Hirns bei 113; —, Psychologie der 370; —, Schädelnahtsynostose bei 284; —, Spasmus nutans bei 470; —, Statistik der 560; —, therapeutische und klinische Untersuchungen 129; —, Wiederkäuen bei 363; — Windungsanomalien bei 283.
Imbecillität 528; —, Augenstörungen bei 112; —, Psychologie der 370.
Incohärenz 443.
Individualpsychologie, zur 196.
Infantile Psychosen 297.
Influenza, Angina pectoris nach 169; — u. Aphasie 25; —, cerebrospinale Complicationen der 42; —, Neuritis nach 162; —, Neuritis optica nach 476; —, Peroneuslähmung nach 162; —, Polioencephalitis nach 315; —, Psychosen 232; —, Psychosen nach 173; —, Geistesstörung nach 224.
Inguinalhernie bei Idioten 31.
Innere Mission 567.
Innervation der Thränendrüse 405.
Irre, Bettbehandlung der 132; —, criminelle 141; — -Anstalten in Holland 560, in Dänemark 365; — -Anstalten, Phthise in den 557; — -Anstalt, Grösse und Baukosten einer 398; — -Aerzte, dienstliche Stellung der 131; — -Gesetz, Ausführung des englischen 280; — -Statistik Grossbritanniens 280; — -Statistik Schwedens 559, Dänemarks 560, Norwegens 589, in Nord-Amerika 505, in der Schweiz 332, in den Niederlanden 333; — -Schädel 513; — -Pflege, familiale 556; — -Pflege, Personal für 561; — -Fürsorge in Berlin 278; — -Wesen in Preussen 151; — -Fürsorge in Württemberg 279, in den Niederlanden 396; — -Wesen in Australien 231.
Irresein 281; —, acute Form des 138; —, circuläres 174. 175; —, moralisches 143; —, Pathologie und Pathogenese des 274.
Ischämie der Muskeln 158.
Ischias, Behandlung der 271; —, moderne Behandlung der 117; —, Complication der 117; —, Rumpfverkrümmung bei 311. 353; — scoliotica 163. 475.
Isolirzimmer, Construction 444.
Juckgefühl 90.

## K.

Katalepsie 147.
Katatonie 34. 145.
Kava-Kava, seine physiologische Wirkung 171.
Kehlkopf, Beziehungen des, zum motorischen Nervensystem 73; —, Geschmacksempfindung im 206; —, Innervation u. Muskelmechanismus 106.
Kehlkopf, Haematom des, bei Paralyse 539; — -Muskeln, Degeneration der 159.
Keilstrang, äusserer Kern des 346.
Kinderlähmung, cerebrale u. congenitale Syphilis 460; —, epidemisches Auftreten der 114; —, Therapie des 126.
Kindesmörderinnen, hysterische 135.
Kleinhirn, Function des 468; —, Histologie des 204; — -Atrophie 257. 468; — -Functionen 263; — -Wurm, Grube des 133; —, Hämorrhagie im 25; — bei Hydrocephalus 449; — und Schlaf 546; — -Tumor 82. 121.
Klinische Beobachtungen aus Kreuzburg 176.
Kniephänomen, Fehlen des, bei Diabetes 267; — bei künstlicher Epilepsie der Thiere 405; —, Oscilliren des 112; — bei Spinalcompression 479; — bei Spinaltrauma 479; —, Untersuchung des 264.
Kochsalzinjectionen bei Collaps 101.
Kohlenoxyd, Paralyse nach 107; — -Gasvergiftung, Sectionsbefund bei 407.
Kopfdouche, Franklin'sche 221.
Kopfschmerzen, gastrischen Ursprungs 550.
Kopfverletzungen, Gehirnbefund bei 79.
Körpertemperatur, Physiologie der 20.
Kranio-Graph 40; — -Meter 40; — -Metrie, systematische 184; — -Metrie bei Mikrocephalie 43; — -tomie bei Mikrocephalie 416.
Kreuzung, Forel'sche 465.
Kriebelkrankheit, Epidemie von 264.

## L.

Lähmung, in Folge von Aetherinjectionen 21; —, alternirende, in Folge multipler Erweichungsheerde 185; —, centrale, äusserer Augenmuskeln 358; — durch C. O. Intoxication 107; —, diphtheritische 348; — des Facialis 115. 173. 170. 266. 311. 382. 408. 409. 476. 550; —, des Oculomotorius 550.
Laryngologische Beiträge 78.
Larynx, Innervation des 106; — -Bewegungen, Innervation der 72.
Lateralsklerose 482.

Lateralsklerose, amyotrophische 81. 136. 268.
Leitungswiderstand des menschl. Körpers 273.
Lesestörungen 121.
Linsenkern, Gumma des 212.
Lüge, die pathologische 369.
Lungenschwindsucht, Verhütung in Irrenanstalten 556.
Lustmorde 375.
Lyssa 26; — Prophylaxe der 35.

## M.

Magenfunction bei Psychosen 506.
Magie und Hypnose 498.
Magnetismus, animaler 501.
Mais, Wirkung von verdorbenem 471.
Mal perforant 23. 97.
Masochismus 87.
Massage, praktische Bedeutung der 222.
Melancholie, kataleptiforme 34.
Meningitis, Behandlung der 218; —, cerebrospinale 77. 208; —, tuberculose 491.
Menière'sche Krankheit 207.
Menstrualwelle bei psychischen Hirnaffectionen 222.
Mesmerismus 502.
Metallarbeiter, Nervenkrankheiten bei 446.
Metalle, Intoxication mit 446.
Migräne 199; —, ophthalmische, hysterische 123.
Mikrocephalie 543; —, chirurgische Therapie bei 43; —, Kraniotomie bei 43. 218. 416.
Milchsäure, histologische Anwendung der 466.
Minderwerthigkeiten, psychopathische 565.
Misoneismus 239.
Missbildungen bei Defectzuständen 438.
Mitralstenose und Hysterie 418.
Mittelhirn, Bedeutung des, für die Athmung 262.
Monoplegia, facialis, acute, infantile 115; —, hysterische 541.
Moral Insanity 173. 514. 526.
Moralisches Gefühl bei Verbrechern 524.
Mord durch Hysterische 135; —, psychiatrisch forensisch 37; — -Trieb 41; — -Lust 375; — und Epilepsie 504; —, Casuistik des 284.
Morphinomanie, intellectuelle, moralische und genitale Functionen bei 173; —, Suggestionsbehandlung bei 172.
Morvan'sche Krankheit 21.
Motorische Störungen bei morb. Based. 418.
Multiple Sklerose 82.
Murder and Insanity 287.
Muskelatrophie bei Gelenkleiden 137; — bei Hemiplegie 547; — cerebralen Ursprungs 138; —, hereditäre, progressive, frühinfantile 119.
Muskelatrophie nach Cerebralläsionen 307.
Muskel-Lähmungen und -Contractur mit Sensibilitätsstörung 158; — -Zusammenziehung bei Ermüdung 75.
Musculus orbitalis 448.
Myxoedem 31. 43. 125. 360. 563.
Myelingehalt der Rindenfasern 33.
Myelitis, acute 156; — Ganglienzellen bei 155; —, Eintheilung der 344; —, infectiöse 446.
Myositis ossificans 349.

## N.

Nachahmungstrieb 49.
Naht-Synostosen 284; — -Verknöcherung am Schädeldach 283.
Nasenleiden, Tic convulsif bei 492.
Nerven-Gewebe, Untersuch. der, bei polarisirtem Licht 260; — -Kerne, Degeneration der 67; — -Kerne u. Nervendegeneration 548; — -System, Amyloidkörperchen des 406; — -System, Syphilis des 538. 549; — -System, toxische Erkrankungen des 445; Nerven-Gewebe und Geisteskrankheiten, Hygiene der 88.
Nervöse Störungen sexuellen Ursprungs 497.
Nervosität und Mädchenerziehung 33.
Neuralgien bei Diabetes 199.
Neurasthenie, Behandl. der 494; — bei Varicocele 484.
Neuritis ischiadica 117; — multiple 21. 267. 492. 352; — nach Influenza 162; —, periphere, bei Carcinom 209; — bei Dementia paralytica 84; —, retrobulbäre, acute 476; —, trophische 354.
Neurom, plexiformes 24.
Neurose, Entwicklungs- 284; — nach Blitzschlag 486; —, traumatische 67. 223. 290. 318. 488. 541. 557; —, traumatische, mit Irrsinn 424; —, traumatische, Störungen der Haut bei 124.

## O.

Obsession, dentaire 362.
Oculomotorius-Kern 254. 255. 540; — -Lähmung, infantile 115.
Oedem, blaues, hysterisches 318.
Oesophagus, Fremdkörper im 393.
Ohrmuschel bei Irren und Verbrechern 233; —, Morphologie der 39.
Ophthalmoplegia externa 482; — progressiva, chronica 540.
Opium, der, bei Melancholie 397.
Orbitalmuskel, glatter 448.
Osteom des Schädels 125; — des Stirnbeins 392.
Otitis media chronica, cerebrale Störungen nach 400; — —, Hirnabscess nach 213.

## P.

Palimsesti 235. 333.
Paraldehyd 35.
Paraldehydismus 170.
Paralyse, acute aufsteigende 211; —, infantile 114; —, autointoxicatorische, periodische, familiäre 107; —, infantile, Behandlung der 126; — durch Kohlenoxydvergiftung 107; —, totale 108.
Paralyse, progressive, nach Arsenik-Vergiftung 210; — auf syphilitischer Basis 172; — und Alkoholismus 451; —, Augenstörungen bei 112; —, circuläre Form 15; —, Erythropsie bei 507; —, Formen der 15; —, Haematom des Schildknorpels bei 539; —, Heerdsymptome bei 295; —, Hirnsyphilis bei 540; —, Nervenwurzeln bei 545; —, patholog. Anatomie der 539; —, Veränderungen im Sehhügel bei 225; —, Verlaufsweise der 226.
Paralysis agitans. 485. 486; —, patholog. Anatomie der 310; —, Pathologie der 473.
Paranoia 509; —, Vorstellungsablauf bei 443; — und Zwangsvorstellungen 508. 576.
Paranoiker (persécuteurs) 455.
Paraplegie, diabetische 80; —, hysterische 43; —, schlaffe, durch Compression des Rückenmarks 479.
Passanante, Gutachten über den Attentäter 40.
Pasteurs Impfungen 35.
Patellar-Reflex, Fehlen des, bei diabetes mellitus 160; — bei Tabes dorsalis cervicalis 354.
Pedunculus cerebelli 465.
Pellagra 471; —, Temperatur bei 305.
Pemphigus bei Hysterie 239.
Perception, unbewusste 105.
Periphere Nerven, Degeneration der 67.
Perivasculitis retinae 77.
Peroneuslähmung 162.
Persécuteurs persécutés 455.
Persönlichkeit, Verdoppelung der 557.
Phenacetin 35.
Phonation, Innervation der 75.
Phthisis, psychische Symptome bei 87.
Plantargeschwür bei Tabes 100.
Platzangst 277.
Polioencephalitis 195. 482; —, infantile, acute 116; —, superior 315; —, infantile, und Athetose 545.
Poliomyelencephalitis, chronica 193.
Politische Verbrecher 237. 528.
Polydactylie 438.
Polyneuritis, acute infectiöse 209. 210; — nach Influenza 210; —, Polyneuritis diabetica 161.
Porencephalie 403. 542.
Prostituirte 515.
Pruritus 21. 199.
Pseudologia phantastica 370.
Pseudoparalyse, alkoholische 452. 454.
Pseudotabes 477; — syphilitica 539.
Psychiatrie, Bedeutung der 274; —, forensische 37.
Psychologie, physiologische 419. 468.
Psychopathia sexualis 87. 333.
Psychopathologie 274.
Psychophysisches Gesetz 207.
Psychosen, Aetiologie 557; —, acute, und Paranoia 509; —, Classification der 505; —, Diagnostik der 232; —, im Kindesalter 297; — nach Influenza 173. 224; —, polyneuritische, Erinnerungstäuschungen bei 222; —, recurrirende 223. 251; —, Uebertragung von 49 (s. Irresein, Geistesstörung).
Ptosis, postdormitielle 142; —, sympathische 266.
Puerperalpsychosen 129; — und Conception 511.
Pyramidenstränge, Lage, Dimension etc. der 70.

## R.

Rabies 166.
Radialiskrampf 407.
Raumschätzung 206.
Reactionszeit, elektrische 467.
Recurrens, Paralyse 266.
Re-Evolution nach epilept. Anfällen 350.
Reflex, analer 306; — -Neurosen, operative Behandlung der 45; — -Diffusion der 469.
Retina, Affection bei hereditärer Syphilis 77.
Revolten in Irrenanstalten 48.
Revolution 528; —, Theilnahme Irrer und Degenerirter an 237.
Rindencentren, motorische, bei Uraemie 547.
Rindenlocalisation der Kopf-Augen-Bewegungen 106.
Rückenmark, Compression des 93, 479; —, degenerative Processe 357; —, Degeneration, Erkrankungen des 357; —, Durchschneidung der Hinterstränge 18; —, Erschütterung des 212; —, gummöse Meningitis 109; —, Solitärtuberkeln im 163; —, Verletzung des 478; — -Erkrankung 30. 139; — -Hinterstränge, Erkrankungen der 210; — -Gliom 164; — -Läsionen bei Skoliose im Kindesalter 407; — -Sklerose 356; — -Wurzeln 545.
Rumpfverkrümmung bei Ischias 311.

## S.

Sadismus 87.
Sanatorien 187.
Schädel, Anomalien der, bei Irren 513; — -Asymmetrie bei Torticollis 337. 561.

Schädel-Hyperostosie 125; — -Anomalien 513; — -Basisfractur 314; — -Abnormität bei Osteom 392; — -Nähte, Schluss der 40; — -Verletzungen 214.
Schaltwörter, die 86.
Schilddrüse, congenitaler Mangel der, als Ursache der Idiotie 31.
Schlaf, hysterischer 28; — nach Kleinhirndefect 546; —, simulirter, bei Irren 172; —, Störungen des 141; —, Neigung zum, bei Poliencephalitis 481; — -Tiefe 301.
Schläfenlappen, Cyste des 358.
Schreckneurose mit Gehörsanomalien 187.
Schreck, aetiolog. Behandlung 168.
Schwachsinnige, criminelle 522 f.
Schwefelkohlenstoff, Intoxication mit 353.
Schwindel, chronischer 45.
Schwindler, psychisch abnorme 309.
Seekrankheit 503.
Seelenstörung, epileptische 394.
Seheindrücke, Spuren der 241.
Sehhügel, Veränderungen im, bei progressiver Paralyse 225.
Sehnenreflexe, graphische Darstellung der 406.
Sehnerv, Atrophie des 314.
Sehnervenfasern, Kreuzung der 464; —, Verlauf der 261.
Sehsphäre und Augenbewegungen 72.
Sehstörung bei Hirngeschwülsten 342. 411.
Seitenstrangerkrankungen bei Tabes dorsalis 120.
Selbstmorde, eigenthümliche 128.
Sensomobilität 302.
Sexualempfindung, conträre 87. 179. 299. 333.
Sexuelle Verhältnisse, Bedeutung der 497.
Simulation 342. 488; — bei traumatischer Neurose 68.
Sinnestäuschung u. Zwangsvorstellungen 223.
Sinusthrombose 120.
Sklerose, cerebrale 471; —, cerebrospinale 407; —, combinirte 156; —, insuläre 22; — nach Intoxication 446; — des Rückenmarks 356.
Skoliosis, alternirende 163.
Solitärtuberkeln im Rückenmark 163.
Spasmen des Pharynx, klonische 418.
Spasmus nutans 469.
Spastische Paralyse, Therapeutik der 22.
Spiegelschrift 544.
Spina bifida 156; —, cervicalis 449; —, occulta 313.
Spinalkanal, Grösse des 464.
Sprachhallucinationen 557.
Sprachstörungen 308; — bei Dementia paralytica 341; — und Localisationstheorien 435.
Stauungspapille bei Akromegalie 29.
Stereotypie der Haltung 148.
Sternocleidomastoideus, Contractur des 337. 561.
Stirnhirntumoren 439.
Stirnlappen, Gumma des 110.
Stottern, hysterisches 123. 271. 552.
Stupor 146; —, Reflexe bei 469.
Suggestion, therapeutische 30. 219; —, Bedeutung der, im Strafrecht 179. 385; —, Theorie der 468; —, trophische Störungen 30; — -Therapie bei Distorsionen 274.
Sulfonal-Behandlung 228; — -Vergiftung 170.
Suspensionsbehandlung 30. 83. 220.
Sympathicus, oculäre Beziehungen 447.
Syphilis des Centralnervensystems 108. 114. 343. 538. 550; —, cerebrale 212; —, congenitale, des Gehirns 457; — des Nervensystems, Behandlung der 221; — und Hirnarterien 343. 538.
Syphilitische Processe bei Paralytikern 540.
Syringomyelie 156; —, verbunden mit morb. Based. 210; — und maladie de Morvan 21; —, Sensibilitätsstörung bei 269.

## T.

Tabes, acute, geheilte 380; —, Aetiologie der 409; — dorsalis pathol., Anatomie der 120; — dorsalis traumatica 97; —, heilbare Form der 361; —, Kniephänomen bei 354; — dorsalis mit Muskelatrophie und Lähmung 253; — -Paralyse mit chronischer Augenmuskellähmung 253; — peripherica 477; —, peripherer Ursprung der 99; — dorsalis, Seitenstrangserkrankung bei 120; —, Sensibilitätsstörung bei 307; —, Suspensionsbehandlung bei 220; —, syphilitische 538.
Tachycardie 381.
Tafephobie 507.
Tastraum 206.
Taubstummheit, Schädelanomalien bei 503.
Temperatur bei Delirium tremens 305; — bei Pellagra 305.
Temperatursinn 307.
Tensor tympani, Contraction des 187.
Testikelsaft 221.
Testirfähigkeit, streitige 278.
Tetanie 147.
Tetanus 29; — bei Epilepsie 124; —, Eserinbehandlung 215.
Therapie der Psychosen 88.
Thermästhesiometer 529.
Thermalsoolbäder 492.
Thermische Centren 20.
Thränendrüse, Innervation der 405.
Thrombose, springende, der Extremitätenvenen 120.
Thyreoidalblut-Injectionen 320.

Tic convulsif 363. 491; — douloureux 473; maladie des —s 168; — spasmodique des Zäpfchens 137.
Todesursachen in Irrenanstalten 364.
Topographie, craniocerebrale 461.
Topothermästhesiometer 529.
Torticollis 337. 561.
Trance-Zustand bei Basedow'scher Krankheit 376.
Trauma, Rückenmarks 478.
Traumatische Neurose, Symptome der 68.
Tremor, hysterischer 42.
Trepanation 272; — bei Epilepsie 185; — bei Hirnerkrankung 361.
Trigeminusneuralgie 473.
Trigeminusursprung 164.
Trinkerasyle 533.
Trunksucht und Zurechnungsfähigkeit 428. 531.
Trommlerlähmung 266.
Tuberculin bei Hirntuberkulose 491.
Tuberkulose in den Irrenanstalten 364. 433.
Tumor cerebelli 82. 121; — des Temporo-Sphenoidallappens 155.
Typhomanie 174.
Typhus, nervöse Erscheinung nach 25.
Tyrannismus 375.

## U.

Uebertragung der Psychosen 49.
Unfallsneurosen 488.
Urämie 547.
Urethralstricturen, reflect. Einfluss der 45.
Urin, Arsenik im 310; — Untersuchung bei Irren 275.

## V.

Varicocele und Neurasthenie 484.
Vasomotorische Störungen der Haut bei traumatischer Neurose 124.
Venen, Hirn-, bei Epilepsie 540.
Verantwortlichkeit, strafrechtliche 455.
Verbigeration 149.
Verbrechen, gegen die Person 234; — politische, und die Revolution 237.
Verbrecher 523; — in Pariser Gefängn. 522; —innen, irre 68; — -Schädel 523; —thum 426; — -Typus nach der Natur der Criminalität 512; — Anomalien bei 133; — Anthropologie der 521 ff.; —, epileptische 564; —, geborene 526; —, Gaumendeformitäten bei 286; —, irre 441; —, Ohrenmuscheldeformitäten bei 39; —, politische 237. 528; —, schriftliche Producte der 235. 333; —, sociale Züchtung der 427; —, weibliche 513.
Verdauung, Magen-, bei Irren 506.
Verfolgungssüchtige Irre 455.
Verfolgungswahn 128.
Vergiftung 265.
Verlauf der Psychosen, Einfluss der Menstrualwelle auf den 222.
Vernunftgebrauch 535 f.
Verwirrtheit 443; —, acute 298.
Vorderhorn, Zellen des 549.
Vorstellungsablauf bei Paranoia 443.

## W.

Wachsuggestion 385.
Wahnsinn, im Sinne des Preuss. Landrechts 535; — periodischer acuter 570.
Wärmeempfindung 14. 269; — -Empfindungssinn 529.
Weber'scher Symptomencomplex 551.
Wein, Anwendung bei Neurosen 496.
Widerstand, faradischer 273.
Wiederkäuen 363.
Windungsanomalien 283.
Worttaubheit 351; —, transitorische 350.

## Z.

Zelle, Isolir- 70.
Zirbeldrüse, Tumor der 482.
Zurechnungsfähigkeit 226; —, Hysterischer 41; — der persécuteurs 455.
Zusammenrottung, criminelle Bedeutung der 516.
Zwangserziehung 567.
Zwangsvorstellungen 398; —, Beziehungen der, zur Paranoia 508.
Zwillingsirresein 555.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Pierer'sche Hofbuchdruckerei. Stephan Geibel & Co. in Altenburg.